กรมควบคุมโรค
สำนักโรคไม่ติดต่อ

รายงานประจำปี 2561

สำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

รายงานประจำปี 2561

จัดพิมพ์และเผยแพร่	: กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
จัดทำโดย	: คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปี สำนักโรคไม่ติดต่อ ปี 2561
พิมพ์ที่	: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
จำนวนพิมพ์	: 600 เล่ม

สารจากผู้อำนวยการ

การดำเนินงานของสำนักโรคไม่ติดต่อยึดตามกรอบแนวทางของกรมควบคุมโรคซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับมาตรฐานสากลภายในปี 2580 โดยมีแนวนโยบายที่จะพัฒนาบทบาทการเป็นผู้อภิบาลระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศ โดยใช้ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือชี้การดำเนินงานและนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและประชาชน

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บซึ่งเป็นโรคและภัยสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเป็นพลวัต สำนักฯ มุ่งเน้นการปรับบทบาทให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมทางสังคมและเทคโนโลยี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อ ได้มีการขับเคลื่อนงานสำคัญๆ เช่น การขับเคลื่อนแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี พ.ศ. 2560-2564 พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ มาตรการคลินิก NCD คุณภาพมาตรการป้องกันการบาดเจ็บทางถนนระดับอำเภอ มาตรการผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำในเด็ก รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ได้ริเริ่มโครงการโรงพยาบาลเค็มน้อยอร่อย (3) ดี เพื่อลดการบริโภคเกลือโซเดียมในโรงพยาบาล การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บระดับบุคคล รวมทั้งการใช้แอพลิเคชั่นสื่อสารให้ความรู้กับประชาชน เป็นต้น ซึ่งได้ดำเนินงานต่อเนื่องและมีความก้าวหน้ามาเป็นลำดับ และยังต้องพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

รายงานประจำปีฉบับนี้ได้รวบรวมผลการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของสำนักโรคไม่ติดต่อประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 เนื้อหาในรายงานประกอบด้วย นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน โครงสร้างองค์กร ผลการปฏิบัติราชการประจำปี รวมทั้งการเฝ้าระวังโรค 5 มิติ

อนึ่ง การดำเนินงานของสำนักโรคไม่ติดต่อสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรสำนักโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้รับการสนับสนุนจากคณะผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและกรมควบควบโรคเป็นอย่างดี สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณบุคลากรของสำนักโรคไม่ติดต่อทุกท่านที่ได้ร่วมกันจัดทำรายงานประจำปีครั้งนี้

(แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์)
ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

สารบัญ

	หน้า
สารจากผู้อำนวยการ	I
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	1
• นโยบายและแนวทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 2561	2
• แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579), ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560-2579) และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)	4
• นโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	7
• ทิศทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ สำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	8
• วิสัยทัศน์ อำนาจหน้าที่ พันธกิจ ค่านิยม และยุทธศาสตร์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ	9
• คณะผู้บริหารของสำนักโรคไม่ติดต่อ และโครงสร้างกรอบอัตรากำลัง	11
• การปรับโครงสร้างองค์กร	13
• การดำเนินงาน Healthy Work Place ของสำนักโรคไม่ติดต่อ	15
• ความร่วมมือระหว่างประเทศ	17
• การดำเนินงานพัฒนาองค์กรของสำนักโรคไม่ติดต่อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	20
ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	23
• ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	24
• ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ภายใต้แผนปฏิบัติราชการกรมควบคุมโรค	30
• ส่วนที่ 3 ผลงานเด่นในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ	37
ส่วนที่ 3 งบประมาณ และการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2561	51
• งบประมาณ และการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2561	52

หน้า

ส่วนที่ 4 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 5 มิติ 55

- การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 56
- การเฝ้าระวังป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน 68
- การเฝ้าระวังป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 74
- การเฝ้าระวังป้องกันเด็กจมน้ำ 79

ส่วนที่ 5 ทิศทางการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 85

- ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค งบประมาณ พ.ศ. 2562 86
- โครงการภายใต้แผนปฏิบัติราชการของสำนักโรคไม่ติดต่อ งบประมาณ พ.ศ. 2562 88

ภาคผนวก ก 90

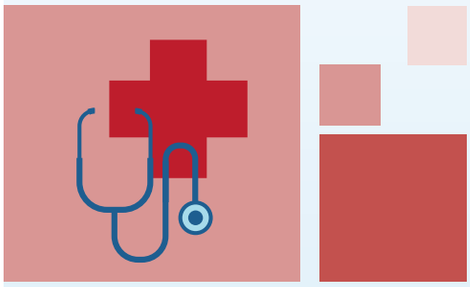
- ปฏิทินรณรงค์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ สำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 90
- เบอร์โทรศัพท์ภายในสำนักโรคไม่ติดต่อ 90
- รายนามผู้เรียบเรียง 91

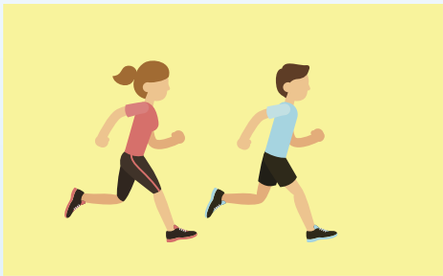
ภาคผนวก ข 93

- ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ 93

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	การปรับโครงสร้างองค์กร สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	13
ตารางที่ 2	ผลการประเมินตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการสำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	29
ตารางที่ 3	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ สำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	30
ตารางที่ 4	ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (891 แห่ง) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	66
ตารางที่ 5	จุดเน้นและเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประจำปี พ.ศ. 2562 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ	87
ตารางที่ 6	โครงการภายใต้แผนปฏิบัติราชการ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	88
ตารางที่ 7	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ	93
ตารางที่ 8	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ	93
ตารางที่ 9	อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (E10-E15) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ	94
ตารางที่ 10	อัตราการเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง (I10-I15) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ	94
ตารางที่ 11	อัตราการเสียชีวิตจากโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (J40-J44) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ	94





ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป

นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน
ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร

นโยบาย

1. ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน
2. บูรณาการองค์ประกอบและบทบาทเขตสุขภาพระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลสุขภาพคนไทยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับและทุกมิติ
3. พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำและร่วมรับผิดชอบด้วย เป็นการอภิบาลแบบเครือข่ายเอื้ออำนวยระบบสุขภาพแห่งชาติเชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน
4. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานทุกระดับทั้งการบริหารการเงินการคลังการบริหารกำลังคน และการบริหารข้อมูลสุขภาพเพื่อ สนับสนุนการปฏิรูปสาธารณสุขและปฏิรูปประเทศเพื่อให้พลเมืองไทยมีสุขภาพแข็งแรง
5. ให้ความสำคัญในการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ทั้งความรู้ทักษะ การผลิต การใช้การสร้างขวัญกำลังใจภายใต้การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน
6. วิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทยให้มีคุณภาพครบวงจรและเกิดผลดีต่อเศรษฐกิจไทย
7. เร่งรัดปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบกฎเกณฑ์ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข เพื่อประสิทธิผลที่ดีต่อสุขภาวะของประชาชน
8. สนับสนุนกลไกการทำงานสาธารณสุขให้เป็นไปเพื่อส่งเสริมการสร้างความมั่นคงและความผาสุกของสังคมไทยและสังคมโลก

ค่านิยม

- ซื่อสัตย์
- สามัคคี
- มีความรับผิดชอบ
- ตรวจสอบได้โปร่งใส
- มุ่งในผลสัมฤทธิ์ของงาน
- กล้าหาญทำในสิ่งที่ถูกต้อง

แนวทางการทำงาน

1. กำหนดค่านิยมร่วมกันเพื่อปฏิบัติมุ่งสู่เป้าหมาย คือให้คนไทยมีสุขภาพดีตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
2. สนองนโยบายสาธารณสุขของรัฐบาล
3. สานต่อนโยบายและโครงการในอดีตและปัจจุบันที่ดีมีประโยชน์
4. สร้างสามัคคีเพื่อให้บุคลากรโดยส่วนรวมมีความสุขเหมือนชื่อกระทรวง

ให้ไว้ วันที่ 24 สิงหาคม 2558

ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน
ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

วิสัยทัศน์:
เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ:
พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

เป้าหมาย:
ประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข
ระบบสุขภาพยั่งยืน

ค่านิยม: M O P H

1. Mastery — เป็นนายตัวเอง สามารถบังคับตนเองได้ ลดโลภ โกรธหลง ทำเพื่อผู้อื่น คือภาวะผู้นำ
2. Originality — รู้จัดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ต้องมีการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ขึ้นมา
3. People Centered Approach — ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง จะดำเนินการสิ่งใดขอให้นึกถึงประชาชนก่อน ให้ถามตัวเองเสมอว่าทำแล้วประชาชนได้ประโยชน์อะไร
4. Humility — มีความนอบน้อมถ่อมตน ซึ่งจะทำให้เราเข้าได้กับทุกที่ทุกคน เสมือนเป็นน้ำที่แทรกซึมได้ทุกที่ หน้าที่จะต้องทำให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตนเองด้วยความอ่อนน้อมถ่อมตน

พัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP&P Excellence) ที่จะต้องขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องมีการประสานเครือข่าย โรงพยาบาลทั้งประเทศในทุกสังกัด รวมถึงภาคเอกชนจะต้องมีการร่วมมือกันในการพัฒนาบริการ
3. ด้านการพัฒนาคน (People Excellence) บุคลากรต้องมีความมั่นคงในคุณธรรมและมีปัญญาที่จะพัฒนาสิ่งต่างๆ พร้อมเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา
4. ด้านระบบบริหารจัดการที่มีคุณธรรม (Governance Excellence) ให้คุณค่าผู้ป่วยด้วยการเข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้

ให้ไว้ ณ วันที่ 15 กันยายน 2559
ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี

ด้านสาธารณสุข กับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560-2579)

มั่นคง

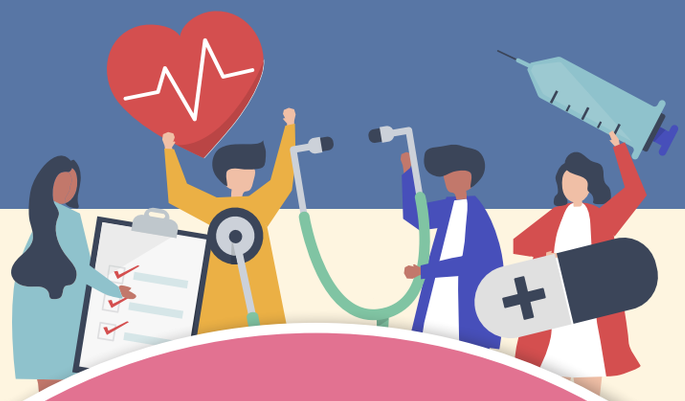
มั่งคั่ง

ยั่งยืน

ย. 3 เสริมสร้างศักยภาพคน	ย.1 : พัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์
ย.5 คุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม	ย.4 : เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
ย.2 ความสามารถในการแข่งขัน	ย.9 : พัฒนาภาคเมืองและพื้นที่เศรษฐกิจ ย.7 : โครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ ย.8 : พัฒนาวิทยาศาสตร์
ย.6 ปรับสมดุลภาครัฐ	ย.6 : การบริหารจัดการในภาครัฐ
ย.4 เสมอภาคและเท่าเทียมกัน	ย.2 : ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP & P Excellence)
2. ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)
3. ด้านการพัฒนาคน (People Excellence)
4. ด้านระบบบริหารจัดการที่มีคุณธรรม (Governance Excellence)

วิสัยทัศน์ชาติ → ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี → ยุทธศาสตร์ แผนฯ 12 → ยุทธศาสตร์ สธ. 20 ปี



ยุทธศาสตร์
กรมควบคุมโรค 20 ปี

ยุทธศาสตร์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ

6 ยุทธศาสตร์

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ระดับมาตรฐานสากล ภายในปี พ.ศ. 2579

1 การสร้างความร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในประเทศและนานาชาติ ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

2 การพัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐานและวิชาการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

3 การพัฒนาบทบาทการนำด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

4 การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

5 การเตรียมความพร้อมและการจัดการ ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บตามมาตรฐานสากล

6 การบริหารจัดการองค์การแนวใหม่

นโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ของกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมควบคุมโรค

เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ต่อเนื่อง สอดคล้องกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ด้านสาธารณสุข และแนวทางการทำงานที่ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้วางแนวทางไว้แล้ว ทั้งนี้เพื่อให้เราสามารถบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ **"มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน"** ขอให้ท่านรองอธิบดี ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านผู้อำนวยการ และบุคลากรกรมควบคุมโรคทุกท่านมุ่งมั่น ร่วมกันดำเนินงานอย่างเต็มความสามารถ โดยผมจะให้ความสำคัญกับโครงการและหลักการทำงานดังนี้

1. โครงการตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ
2. การพัฒนาสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรค และการลดโรคและภัยสุขภาพ ให้ได้ตามข้อกำหนด หรือพันธะสัญญาระหว่างประเทศ เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน กฎหมายอนามัยระหว่างประเทศ เป็นต้น
3. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับระยะปฏิรูป 5 ปีแรก เพื่อเป็นการวางรากฐานของความสำเร็จระยะต่อไป
4. แผนงาน หรือ โครงการ ที่สนับสนุนคำรับรองผลการปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งได้แก่ EOC, TB, OVCCA, CVD, D-RTI
5. การพัฒนากลไกขับเคลื่อนเครือข่ายป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอ ภายใต้โครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
6. การพัฒนาภาพลักษณ์กรมควบคุมโรค (วิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสารสนเทศ/สิ่งแวดล้อม)
7. การสร้างเสริมเอกภาพในการทำงาน การทำงานร่วมกันเป็นทีม การบูรณาการการทำงานทั้งในแนวระนาบและในแนวดิ่ง
8. การพัฒนาผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ และบุคลากรทุกระดับให้มีความเชี่ยวชาญในตำแหน่งงาน บุคลากรภาคภูมิใจในบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของงาน มีความรักและผูกพันขององค์กร อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย

ให้ไว้วันที่ 3 ตุลาคม 2560
ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทิศทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

สำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

เป้าหมาย = ตายก่อนวัยอันควรจาก NCDs ลดลง 25% ภายในปี 2568 + ลดอัตราตายจากการบาดเจ็บการจราจรลดลง 50% ภายในปี 2563 + ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ≤3.0 ภายในปี 2564

แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากจราจร	แผนงานป้องกันการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ
ตัวชี้วัด 1. อัตราผู้ป่วย รายใหม่ - อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 2.4 - อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่สงสัยป่วยได้รับการวัดความดันที่บ้าน Home Blood Pressure Monitoring : HBPM ≥ร้อยละ 10 2. (กลุ่มป่วย) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่คุมได้ (เบาหวาน ≥ ร้อยละ 40 ความดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 50) 3. (กลุ่มเสี่ยง) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ≥ ร้อยละ 82.5	**ตัวชี้วัด** อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ต่อประชากรแสนคน) - เป้าหมายประเทศ : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน - เป้าหมายรายจังหวัด : ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 21 (อ้างอิงค่ามัธยฐานปี พ.ศ. 2553-2555)	**ตัวชี้วัด** 1. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กต่อประชากรเด็กแสนคน ≤ 4.5 2. อัตราการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในพื้นที่นำร่องลดลงจากปีที่ผ่านมา < ร้อยละ 5
มาตรการ: 2P2S 1. การขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ (Policy & Advocacy) - ผลักดันแผนป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) - ผลักดันยุทธศาสตร์ลดบริโภคเกลือและโซเดียมฯ 2. ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง (Promotion and Risk Reduction) - สื่อสารประชาสัมพันธ์/รณรงค์สื่อสารวันสำคัญ - ชุมชน ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ (CBI-NCDs) - Application: เกมส์ให้ความรู้โรค NCDs - CVD CKD Preventive Clinic Award และ NCD Forum 3. เสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Strengthen Health System) - NCD Clinic Plus/Stop CVD/Service Package - พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ 4. การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล (Surveillance and M&E) - BRFSS - พัฒนา Dashboard	**มาตรการ: 4X4** 1. การบริหารจัดการ - SAT-EOC RTI คุณภาพ - อำเภอมีการบูรณาการงาน RTI ใน DHB - Trauma & Emergency Admin (TEA Unit) คุณภาพ - สสอ./รพช./สปคม.เป็นเลขาร่วม ศปถ.อำเภอ 2. การจัดการข้อมูล (4I) - Integration Data 3 ฐาน/-พัฒนาระบบ IS Online - Information Black Stop นำเสนอข้อมูลผ่าน ศปถ. 3. การป้องกัน (D-CAR) - D-RTI - Community Road Safety (ชุมชน/ตำบล/หมู่บ้าน) - Ambulance System - RTI Officer เน้นรถพยาบาล รถยนต์ราชการ 4. การรักษา (2EIR) - ESM คุณภาพ/ER คุณภาพ/In-hos คุณภาพ/Referral System	**มาตรการ: 2P1I** 1. ด้านนโยบาย (Policy) - จัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ความปลอดภัยทางน้ำระดับชาติ” และนำสู่การปฏิบัติ 2. ด้านป้องกันระดับชุมชน (Protecting Community level) - ผลักดันการสร้างทีม Merit Maker - พัฒนาศักยภาพเครือข่าย - เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกวดผลการดำเนินงาน - ส่งเสริมการใช้คอกกั้นเด็ก (Playpen) แก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก (ที่มีเด็กอายุ 1-2 ปี) - ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน 3. ด้านข้อมูลและสื่อสารความเสี่ยง(Information& Risk communication) - เฝ้าระวังการจมน้ำช่วงปิดเทอม - สอบสวนการจมน้ำของเด็กทุกราย - รณรงค์ป้องกันการจมน้ำ

วิสัยทัศน์
ของสำนักโรคไม่ติดต่อ

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
และการบาดเจ็บ ระดับมาตรฐานสากล ภายในปี 2579

อำนาจหน้าที่
ของสำนักโรคไม่ติดต่อ

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม
2. กำหนดและพัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม
3. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม
4. ประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม
5. เป็นศูนย์ข้อมูลและประสานงานการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม
6. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

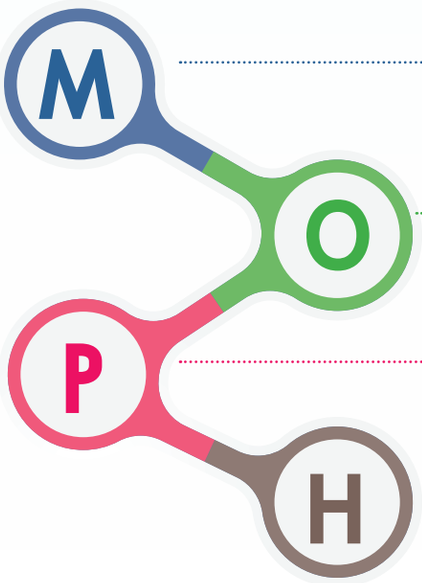
ที่มาของข้อมูล: กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 8 ฉ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2543

พันธกิจ
ของสำนักโรคไม่ติดต่อ

1. สร้างและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี วิจัย นวัตกรรม ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ตลอดจนจัดทำฐานข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บที่ได้มาตรฐานสากล
2. ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เทคโนโลยี วิจัย นวัตกรรม ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ และพัฒนาศักยภาพให้กับภาคีเครือข่ายและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
3. ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ กฎหมาย กฎระเบียบและมาตรการด้านการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ
4. ติดตามและประเมินผล การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ

ค่านิยม
ของสำนักโรคไม่ติดต่อ

ค่านิยม คือ “MOPH” เป็นค่านิยมที่กำหนดให้สอดคล้องเป็นแนวทางเดียวกันกับค่านิยมกรมควบคุมโรค เพื่อให้บุคลากรของสำนักโรคไม่ติดต่อ เป็นนายตนเอง เร่งสร้างสิ่งใหม่ ใส่ใจประชาชน และถ่อมตนอ่อนน้อม เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ เน้นหนักใน 4 ประเด็น ดังนี้



Mastery เป็นนายตนเอง หมายถึง หมั่นฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพ ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎระเบียบ บนพื้นฐานของการมีสำนึกรับผิดชอบ คุณธรรม และจริยธรรม

Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ หมายถึง สร้างสรรค์นวัตกรรม/สิ่งใหม่ที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

People centered ใส่ใจประชาชน หมายถึง ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน เพื่อประโยชน์อันดีแก่ประชาชน โดยใช้หลัก “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้”

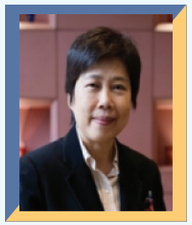
Humility อ่อนน้อม ถ่อมตน หมายถึง มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย รับฟังความเห็นเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนร่วม

คณะผู้บริหารสำนักโรคไม่ติดต่อ

แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์
ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

นายแพทย์ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์
รองผู้อำนวยการ
สำนักโรคไม่ติดต่อ

แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ
รองผู้อำนวยการ
สำนักโรคไม่ติดต่อ



ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์
รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
และหัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือ
ในประเทศและระหว่างประเทศ

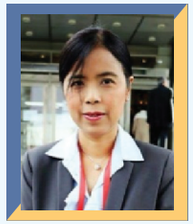
นางนงนุช ตันติธรรม
รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
และรักษาการหัวหน้ากลุ่มป้องกัน
การบาดเจ็บจากการจราจร

นายแพทย์ไผท สิงห์คำ
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
และหัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยี
สารสนเทศและระบาดวิทยา

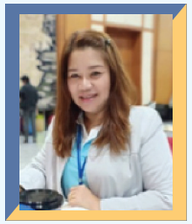
นางนิตยา พันธุเวทย์
หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร

นางสาวณัฐธิวรรณ พันธ์มุง
หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ

นางศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล
หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์
แผนและประเมินผล



นางสุชาดา เกิดมงคลการ
หัวหน้ากลุ่มป้องกัน
การบาดเจ็บทั่วไป



นางสาวศศภัสส์ โกมล
รักษาการหัวหน้า
กลุ่มบริหารทั่วไป

โครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง

แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์
ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

- **แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ** รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
- **นายแพทย์ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์** รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
- **นางนงนุช ตันติธรรม** รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ และรักษาการหัวหน้ากลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร
- **ดร.ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์** รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ และหัวหน้ากลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ
- **นายแพทย์ไผท สิงห์คำ** ผู้ช่วยผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศและระบาดวิทยา

กลุ่มยุทธศาสตร์แผนและประเมินผล	กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	กลุ่มพัฒนาองค์กร	กลุ่มบริหารทั่วไป	กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร	กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป	กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ	กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา
ข้าราชการ 6 คน พนักงานราชการ 3 คน พนักงานกระทรวง 1 คน	ข้าราชการ 9 คน พนักงานราชการ 10 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน ลูกจ้างโครงการ 1 คน	ข้าราชการ 4 คน พนักงานราชการ 3 คน	ข้าราชการ 8 คน พนักงานราชการ 4 คน พนักงานกระทรวง 7 คน ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน ลูกจ้างประจำ 1 คน	ข้าราชการ 5 คน พนักงานราชการ 5 คน พนักงานกระทรวง 1 คน	ข้าราชการ 5 คน พนักงานราชการ 3 คน	ข้าราชการ 3 คน ลูกจ้างโครงการ 2 คน	ข้าราชการ 3 คน พนักงานราชการ 3 คน ลูกจ้างโครงการ 6 คน
จัดทำแผนยุทธศาสตร์ NCD ในระดับต่างๆ/แผนการใช้จ่ายงบประมาณ และการติดตามประเมินผลของสำนักโรคไม่ติดต่อ	พัฒนางานวิชาการด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ พัฒนาภาคีเครือข่าย และระบบบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเข้าสู่ระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) ตามหลักธรรมภิบาล และพัฒนาบุคลากรของสำนักให้เป็น คนเก่ง คนดี และมีความสุข	บริหารจัดการภาพรวมของสำนักโรคไม่ติดต่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้	พัฒนางานวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมอุบัติเหตุทางถนน (City RTI/D-RTI/IS Online และข้อมูล 3 ฐาน)	พัฒนางานวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก การพลัดตกหกลมของผู้สูงอายุ และการป้องกันการบาดเจ็บจากความรุนแรง	พัฒนาความร่วมมือกับภาคีในและต่างประเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการต่างประเทศรวมทั้งการนำเสนอผลงานวิชาการนานาชาติ	พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติจากโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

ข้อมูล ณ วันที่ 5 พฤศจิกายน 2561

การปรับโครงสร้างองค์กร

กรมควบคุมโรคโดย ท่านอธิบดี (นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย) รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นายแพทย์อัษฎางค์ รวยอาจิณ) และผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ (แพทย์หญิง ศศิธร ตั้งสวัสดิ์) มีนโยบายปรับโครงสร้างการดำเนินงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้การขับเคลื่อนองค์กรเป็นไปด้วยความราบรื่น เหมาะสม ทันยุคสมัย ตรงตามภารกิจ และสอดคล้องกับการปฏิรูปของประเทศ

คณะทำงาน PMQA 4.0 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ได้ร่วมกันวิเคราะห์บทบาท ภารกิจ ทั้งภารกิจหลัก (Core function) และภารกิจรอง (Non-core function) 4 ภารกิจหลัก ดังนี้ เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจของสำนักฯ

ภารกิจที่ 1 สร้างและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี วิจัย นวัตกรรมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ตลอดจนจัดทำฐานข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บที่ได้มาตรฐานสากล

ภารกิจที่ 2 ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เทคโนโลยี วิจัย นวัตกรรม ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ และพัฒนาศักยภาพให้กับภาคีเครือข่ายและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

ภารกิจที่ 3 ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ กฎหมาย กฎระเบียบและมาตรการด้านการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

ภารกิจที่ 4 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ คณะกรรมการอำนวยการ ติดตาม กำกับดูแลการดำเนินการพัฒนายกระดับหน่วยงานภาครัฐสู่ระบบราชการ 4.0 (PMQA 4. 0)

คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของสำนักโรคไม่ติดต่อ ได้พิจารณาและให้ข้อเสนอการปรับโครงสร้างและอัตรากำลังเพื่อที่จะรองรับบทบาทภารกิจใหม่ในอนาคตดังกล่าว โดยยึดหลัก

1) การจัดโครงการให้สอดคล้องกับภารกิจ อำนาจหน้าที่ของสำนักฯ ยุทธศาสตร์ 20 ปี และทิศทางการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค

2) การสร้างแผนภาพความเชื่อมโยงให้เห็นขอบเขตความเชื่อมโยงงานและกำหนดผู้รับผิดชอบหลักที่ประสานข้ามสายงานในงานที่ไม่ใช่ภารกิจหลัก

3) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เอื้อต่อการดำเนินงานของบุคลากรในองค์กรและเครือข่าย

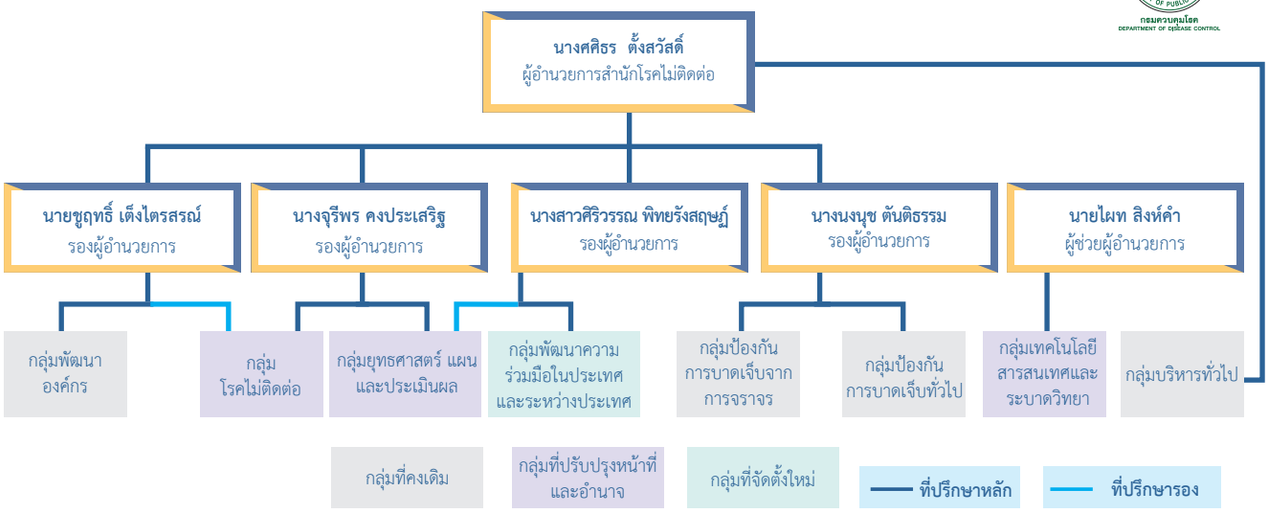
4) การพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายภายในและภายนอกกระทรวง และเครือข่ายระหว่างประเทศ

โครงสร้างใหม่ของสำนักฯ แบ่งออกเป็น 8 กลุ่มเท่าเดิมดังแผนภาพ โดยมีกลุ่มงานเพิ่มขึ้นใหม่หรือปรับบทบาทภารกิจ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปรับโครงสร้างองค์กร สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กลุ่มงานเดิม	กลุ่มงานปรับใหม่	หมายเหตุ
1. กลุ่มบริหารทั่วไป	1. กลุ่มบริหารทั่วไป	
2. กลุ่มพัฒนาองค์กร	2. กลุ่มพัฒนาองค์กร	
3. กลุ่มยุทธศาสตร์ และแผนงาน	3. กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล	ปรับชื่อกลุ่มงานและภารกิจ
4. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข	4. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	ปรับชื่อกลุ่มงานและภารกิจ (รวมกลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขและกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง)
5. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
6. กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร	5. กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร	
7. กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บอื่นๆ	6. กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป	ปรับชื่อกลุ่มงาน
8. ศูนย์สารสนเทศ	7. กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา	ปรับชื่อกลุ่มงานและภารกิจ
	8. กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ	กลุ่มงานใหม่

ผังโครงสร้างขององค์กร



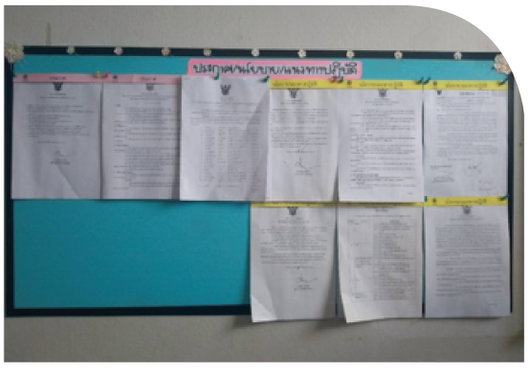
ข้อมูลจากคำสั่งสำนักโรคไม่ติดต่อที่ 34 และ 35/2561 ลงวันที่ 3 ก.ย. 61 และเลขที่ 60/2561 ลงวันที่ 26 ธ.ค. 61

ประชุมการปรับโครงสร้างและอัตรากำลังเพื่อที่จะรองรับบทบาทภารกิจใหม่ในอนาคต

การดำเนินงาน Healthy Work Place

สำนักโรคไม่ติดต่อได้ดำเนินงาน สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน จากแนวความคิดให้ความสำคัญ เรื่องสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีความสุขและสดชื่น แจ่มใส คือ พลังสำคัญที่จะช่วยผลักดันให้งานมีประสิทธิภาพ และประสบผลสำเร็จ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ด้วยการมีสุขอนามัยที่ดีทั้งภายในและภายนอก คือร่างกายแข็งแรง จิตใจสดชื่น ผลลัพธ์ที่ได้ ก็คือชีวิตการทำงาน ชีวิตส่วนตัวที่สมดุล และมีคุณภาพของบุคลากรทุกคนในองค์กร สำนักโรคไม่ติดต่อจึงได้จัดกิจกรรม Healthy Work Place หรือสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2560 โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้บุคลากรในสำนักฯ ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม สถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กรมควบคุมโรค
2. เพื่อให้บุคลากรในสำนักฯ ได้ร่วมคิด ร่วมวางแผนดำเนินการตามข้อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติในกิจกรรม 5 ส
3. เพื่อสนับสนุนให้ทุกกลุ่มงานดำเนินงานพัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงานในบริเวณพื้นที่ความรับผิดชอบเพื่อรองรับการตรวจประเมินจากคณะกรรมการของสำนักเลขานุการกรมควบคุมโรค



การประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน Healthy Work Place สำนักโรคไม่ติดต่อ

กระบวนการดำเนินงาน

1. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน Healthy work place และส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. จัดประชุมคณะทำงาน เพื่อวางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน
3. ประชาสัมพันธ์แผนและแนวทางการดำเนินงาน พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกกลุ่มงานดำเนินงานพัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงานในบริเวณพื้นที่ความรับผิดชอบเพื่อรอรับการตรวจประเมินจากคณะกรรมการดำเนินงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ

4. ตรวจประเมินสถานที่ทำงานโดยคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ

5. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อสรุปผลการประเมินฯ พร้อมส่งผลการตรวจประเมินให้กลุ่มงานต่างๆ ดำเนินการแก้ไขในข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ฯ

6. คณะกรรมการติดตามการแก้ไขในข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ฯ เพื่อรองรับการตรวจประเมินจากสำนักงานเลขานุการกรมควบคุมโรค

7. รับการตรวจประเมินสถานที่ทำงานโดยคณะทำงานจากสำนักงานเลขานุการกรมควบคุมโรค

8. ดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานสำนักงานเลขานุการกรมควบคุมโรค เพื่อรองรับการตรวจประเมินจากกรมอนามัย

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. สำนักมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน

2. บุคลากร เกิดความร่วมมือร่วมใจในการช่วยกันพัฒนาสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน

3. เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของสถานที่ทำงาน

ปัญหา/อุปสรรค

1. มีภารกิจเร่งด่วน

2. ข้อจำกัดด้านขนาดพื้นที่ของสำนัก

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

1. คณะทำงานสร้างทีมย่อยในการร่วมรับผิดชอบรายกิจกรรม และรายงานความก้าวหน้าเป็นระยะ

2. ใช้พื้นที่ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการปฏิบัติงานร่วมกัน

ผลการตรวจประเมินสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

คณะทำงานกรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการสำรวจพื้นที่ในการดำเนินงานกิจกรรม Healthy Work Place ในวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 และเพื่อตรวจประเมินสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ผลการตรวจประเมินพบว่าสำนักโรคไม่ติดต่ออยู่ใน **"ระดับพื้นฐาน"** เนื่องจากอยู่ระหว่างการย้ายสำนักงาน

กิจกรรมการดำเนินงาน Healthy Work Place ของสำนักโรคไม่ติดต่อ

ความร่วมมือระหว่างประเทศ

ความร่วมมือกับต่างประเทศของสำนักโรคไม่ติดต่อในช่วงปีที่ผ่านมานั้นมีทั้งความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศ ทั้งในระดับโลก และระดับภูมิภาค และความร่วมมือรายโครงการร่วมกับประเทศต่างๆ นอกจากนั้นในปีที่ผ่านมาสำนักโรคไม่ติดต่อยังได้รับการเยี่ยมตรวจประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในประเทศไทย โดยคณะ UN Interagency Task-force (UNIATF) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากองค์การสหประชาชาติ 10 หน่วยงาน และผู้เชี่ยวชาญฝ่ายไทยอีก 4 ท่าน

ความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก : ประเทศไทยมีความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ในการพัฒนาบริการ การส่งเสริมและการวิจัยเพื่อพัฒนาด้านการแพทย์และการสาธารณสุข โดยขณะนี้ ได้ดำเนินการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategy : CCS) ค.ศ. 2017-2021 ประกอบด้วย 6 แผนงาน โดยมีแหล่งทุนงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สำนักโรคไม่ติดต่อ ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบแผนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความร่วมมือของประเทศไทยระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกด้านโรคไม่ติดต่อ (WHO.Country.Coorperation.Strategieson NCDs : CCS-NCDs) ประจำปี ค.ศ. 2017-2021 โดยมีเป้าหมายของการดำเนินงานในภาพรวมคือให้การสนับสนุนเชิงยุทธศาสตร์และสร้างความชัดเจนในการนำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมุ่งเน้นที่ **"การปรับปรุงระบบ"** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของแผนยุทธศาสตร์ โดยเป้าหมายสูงสุดของโครงการคือบรรลุเป้าหมายโรคไม่ติดต่อ 9 ด้าน และทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ผลการดำเนินการในระยะแรก ปี ค.ศ. 2017-2018 ดังนี้

1. สถานการณ์ข้อบังคับและการติดตามการตลาดของผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพต่อเด็ก: ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และความร่วมมือในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 9 เครือข่าย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดทำคู่มือฯ และจดหมายข่าว (e-alert)

2. โครงการพัฒนาระบบการป้องกันความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานศึกษา : เพื่อแนวทางการบูรณาการและพัฒนาหลักสูตรในการจัดการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็ก/ประถมศึกษา/มัธยม และอาชีวศึกษา ที่เสริมสร้างทักษะพฤติกรรมที่เอื้อกับการลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานศึกษา อาทิเช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เด็กไทยแก้มใส โรงเรียนสุขภาวะเพื่อนำไปขยายผลให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

3. โครงการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ : รูปแบบเมืองผู้สูงอายุต้นแบบระดับประเทศ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5H ประกอบด้วย H1 : Healthy Policy, H2 : Healthy Home, H3 : Healthy Activity, H4 : Healthy Transportation, H5 : Healthy Environment นำเสนอผังเมืองรูปแบบผู้สูงอายุให้ผู้บริหารท้องถิ่นรับรู้เข้าใจที่มาของโครงการและยินดีเข้าร่วมเป็นโครงการนำร่อง และเกิดเป็น Policy (ยกร่างเทศบัญญัติ) จำนวน 2 แห่ง

4. โครงการชุมชนลดเค็ม ลดโรคต้นแบบ ปี 2560 : พัฒนาชุดมาตรการ (Intervention package) ร่วมกับผู้เชี่ยว ชาญและภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการเพื่อ ลดหวาน มัน เค็ม ถ่ายทอดพัฒนาชุดมาตรการให้กับ 3 พื้นที่นำร่อง (พื้นที่ปฏิบัติการระดับตำบล) สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการให้กับ 3 พื้นที่ เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประสิทธิภาพ

5. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและข้อมูลโรคไม่ติดต่อเพื่อการติดตามและประเมินผล : การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบูรณาการโรคไม่ติดต่อดำเนินกิจกรรมให้

สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนา และความร่วมมือในการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลและช่องทางการสื่อสารข้อมูล และสถานการณ์ที่เป็นระบบและเข้าถึงได้ง่าย เพิ่มประสิทธิภาพบุคลากรด้านระบาดวิทยา โดยการสนับสนุนแพทย์ประจำบ้าน หลักสูตร Field Epidemiology Training Program (FETP) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อจาก 43 แฟ้ม (Hypertension)

การเยี่ยมตรวจประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในประเทศไทย โดยคณะ United Nations Interagency Task Force on NCDs แพทย์หญิงซอมญ่า ซวามินาทน (Dr. Soumya Swaminathan) รองผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก และคณะทำงานระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องโรคไม่ติดต่อ (United Nations Interagency Task Force (UNIATF) on NCDs) ร่วมกันแถลงข่าว ผลการประเมินการดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในประเทศไทย มีขึ้นระหว่างวันที่ 28-30 สิงหาคม 2561 ประกอบไปด้วยผู้แทนจากองค์การสหประชาชาติ 10 หน่วยงาน และผู้เชี่ยวชาญฝ่ายไทยอีก 4 ท่าน ซึ่งทางคณะทำงานได้เข้าพบตัวแทนจากกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านโรคไม่ติดต่อ รวมถึงองค์กรจากภาคประชาสังคม ตัวแทนจากภาคส่วนเอกชน และสถาบันวิชาการ โดยผลจากการเยี่ยมประเมินได้มีข้อเสนอให้จัดตั้ง Thematic Group โดยทีมงานสหประชาชาติประจำประเทศไทย (Un Country Team) เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และติดตามการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ผ่านกลไกการดำเนินงานหลากหลายภาคส่วน นอกจากนั้นคณะประเมินได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อนายกรัฐมนตรี จำนวน 5 ด้าน ได้แก่

1. เพิ่มบทบาทความรับผิดชอบแก่ผู้นำระดับสูง
2. สนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันทุกภาคส่วน
3. เพิ่มการลงทุนงบประมาณภาครัฐ รวมถึงจัดเก็บภาษีผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
4. เพิ่มความเข้มงวดและบังคับใช้กฎหมาย
5. เพิ่มความเข้มแข็งในการจัดการโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานสหประชาชาติในประเทศไทย

ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นพ. ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ. ธวัช สุนทราจารย์ ผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ พญ.ซอมญ่า ซวามินาทน รองผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ร่วมกันแถลงภารกิจคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ วันที่ 30 สิงหาคม 2561 ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร กระทรวงสาธารณสุข

ความร่วมมือกับ ASEAN : ประเทศไทยมีความร่วมมือกับประเทศ ASEAN ผ่านกลไก ASEAN community โดยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016 ได้มีการเปลี่ยนแปลงยุทธศาสตร์ความร่วมมือด้านสุขภาพ โดยจำแนกออกเป็น 4 Health Clusters ทั้งนี้สำนักโรคไม่ติดต่อได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ และประสานความร่วมมือในส่วนของ Health Cluster 1 ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ประเด็นของ health cluster 1 คือประเด็นการส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพ (Promoting Healthy Lifestyle) ผ่านกิจกรรมหลัก 7 กิจกรรม คือ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การลดการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตราย การป้องกันการบาดเจ็บ การส่งเสริมสุขภาพวัยแรงงาน การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมโภชนาการที่ดี โดยในปีที่ผ่านมาสำนักโรคไม่ติดต่อได้เข้าร่วมในการประชุมเพื่อพัฒนาเครื่องมือ และผลักดันประเด็นสุขภาพที่สำคัญในเวทีประชุม Senior Official's Meeting on Health Development, Meeting of Health Cluster 1 และการประชุมด้านป้องกันการบาดเจ็บที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ

ความร่วมมือกับ Center for Disease Control (CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา : กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย มีความร่วมมือกับ CDC โดยผ่านกลไกการดำเนินงาน 2 ส่วน คือ 1) ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH-US CDC Collaboration : TUC) และ 2) คณะอนุกรรมการวิชาการ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ซึ่งหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนด้านวิชาการ โดยมีสำนักโรคไม่ติดต่อทำหน้าที่เป็นเลขานุการ การดำเนินงานความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศไทยและศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกานั้น เป็นการดำเนินโครงการภายใต้แผนความร่วมมือทั้งด้าน Research และ Non-research ที่เรียกว่า Cooperative Agreement โดยแต่ละ Cooperative Agreement จะมีระยะเวลาในการดำเนินงาน 5 ปี ซึ่งการดำเนินงานในปี ค.ศ. 2017-2018 นั้นอยู่ภายใต้ Cooperative Agreement Phase IV, ค.ศ. 2017-2021 โดยสำนักโรคไม่ติดต่อได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณในการดำเนินโครงการวิจัยนำร่องการใช้ "Thailand Global Hearts" เพื่อลดโรคหัวใจ และหลอดเลือดภายใต้หลักฐาน เชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การดำเนินงานพัฒนาองค์กรของสำนักโรคไม่ติดต่อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กลุ่มพัฒนาองค์กร ได้ดำเนินงานร่วมกับผู้บริหารของสำนักและบุคลากรทุกกลุ่มในการทบทวนลักษณะสำคัญขององค์กร ประเมินตนเองและวางแผนพัฒนายกระดับการดำเนินในองค์กรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับมอบหมายในการประสานงานวิจัย งานสื่อสาร และงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของสำนักโรคไม่ติดต่อ

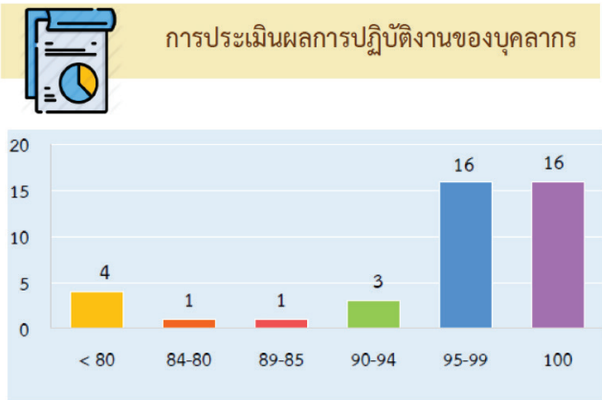
ผลการดำเนินงานเด่นของกลุ่มพัฒนาองค์กร

- ด้านการบริหารผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองและการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักโรคไม่ติดต่อ (Performance Management System: PMS) ผ่านระบบออนไลน์ ของกรมควบคุมโรค โดยเริ่มจากการประชุมแบบมีส่วนร่วมกับบุคลากรที่มาจากตัวแทนของแต่ละกลุ่มงานเพื่อทบทวน และจัดทำกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และได้จัดประชุมเพื่อถ่ายทอดกรอบแนวทางการประเมินฯ ให้แก่บุคลากรของสำนักรับทราบ พร้อมจัดทำคู่มือการประเมิน PMS สำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 และคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (ระดับหน่วยงาน) และเพื่อเอื้ออำนวยการกรอกข้อมูลฯในระบบ PMS online กลุ่มพัฒนาองค์กร ได้จัดทำวีดิทัศน์สั้น เรื่อง **"การบริหารผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการ และพนักงานราชการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ผ่านระบบ PMS Online"** จำนวน 2 วีดิทัศน์ โดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้ใช้ คือ 1) วีดีทัศน์สำหรับผู้ประเมิน และ 2) วีดีทัศน์สำหรับผู้รับการประเมิน พร้อมทั้งมีผู้ดูแลระบบ PMS Online ประจำทุกกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือในการกรอกข้อมูลในระบบ กรณีที่มีปัญหาติดขัด มีบุคลากรของกลุ่มพัฒนาองค์กรเป็นผู้ดูแลระบบ PMS Online หลักของสำนักฯ คอยเป็นพี่เลี้ยง ติดตาม ตรวจสอบ การลงข้อมูลตามกรอบแนวทางฯ จนกระทั่งบุคลากรของสำนักฯ ลงข้อมูลในระบบครอบคลุมร้อยละ 100 ทำให้สำนักฯ ติด 1 ใน 16 หน่วยงานของกรมควบคุมโรค ที่ดำเนินการลงระบบ PMS online ได้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา

- กลไกที่สำคัญอีกกลไกหนึ่ง คือ การกำกับติดตามการปฏิบัติราชการตามคำรับรอง โดยมี คณะกรรมการการประเมินการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (Internal Audit) ระดับสำนักโรคไม่ติดต่อ ในการติดตามการดำเนินงาน พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการปฏิบัติราชการตามคำรับรองในรอบ 6 และ 12 เดือน ทั้งนี้มีกลุ่มพัฒนาองค์กรสนับสนุน กำกับ ติดตามการรายงานการปฏิบัติราชการตามคำรับรองในระบบ Estimate SM ทุกรายไตรมาส จนส่งผลให้สำนักโรคไม่ติดต่อได้รับรางวัลหน่วยงานที่มีผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงานกรมควบคุมโรค ในระดับดีมาก (ลำดับที่ 3) ประเภท สำนักวิชาการและสถาบัน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

- ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้จัดประชุมเพื่อพัฒนาบุคลากรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำนวน 16 หัวข้อ มีบุคลากรของสำนักเข้าร่วมทั้งสิ้น 98 คน ภาพรวมความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนาบุคลากร พบว่า อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.12 (จากคะแนนเต็ม 4) ส่วนการฝึกอบรมภายนอกมีบุคลากรของสำนักไปอบรม จำนวน 20 คน ใน 21 หัวข้อ ผลการประเมินจากผู้บังคับบัญชาพบว่าหลังการฝึกอบรมได้นำความรู้ ความเข้าใจมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก สำหรับการพัฒนาบุคลากรด้านวิชาการที่สำคัญหนึ่ง คือ การผลักดันงานประจำสู่งานวิจัย จึงมีข้อตกลงให้บุคลากรในกลุ่มวิชาการและกลุ่มสนับสนุนดำเนินการ ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการเขียนรายงานการศึกษา 5 เรื่อง คาดว่าจะแล้วเสร็จพร้อมเผยแพร่ใน ปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้กลุ่มพัฒนาองค์กรและบุคลากรทุกกลุ่มของสำนักมีกิจกรรมร่วมกันในการพัฒนาการสร้างจิตสาธารณะผ่านกิจกรรม **"BNCD ร่วมใจ ปันน้ำใจ สู่สังคม"** ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (หญิง) ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม (CSR)

- ด้านการจัดการความรู้ ได้ถอดบทเรียนภายในตัวบุคคลของสำนักฯ และเผยแพร่ 2 เรื่อง และได้รวบรวมจัดทำเล่ม **"องค์ความรู้และนวัตกรรมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บจากการจราจร"** จากกลุ่มวิชาการเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวทางการดำเนินงานของพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้



กราฟ : แสดงการดำเนินการในระบบ PMS Online ของบุคลากร แต่ละหน่วยงาน

สำนักโรคไม่ติดต่ออยู่ใน 1 ใน 16 หน่วยงาน ของกรมควบคุมโรค ที่ดำเนินการลงระบบ PMS online ได้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา

องค์ความรู้และนวัตกรรมโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บจากการจราจร

การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ระหว่างวันที่ 9-10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ณ โรงแรม The Banyan Leaf Resort สวนผึ้ง

ประชุมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดหลักเกณฑ์ การประเมินผลการปฏิบัติราชการ และบรรยายความสำคัญของตัวชี้วัดคำรับรอง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2560

กิจกรรม BNCD ร่วมใจ ปันน้ำใจ สู่สังคม ประจำปี พ.ศ. 2561 จัดกิจกรรม BNCD ร่วมใจ ปันน้ำใจ สู่สังคม ประจำปี 2561 ณ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (หญิง) ปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี วันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค
ขอมอบใบประกาศเกียรติคุณฉบับนี้เพื่อแสดงว่า
สำนักโรคไม่ติดต่อ
ได้รับรางวัลหน่วยงานที่มีผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงานกรมควบคุมโรค
ระดับดีมาก (ลำดับที่ ๓)
ประเภท สำนักวิชาการและสถาบัน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๒
(นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนาชื่นเจริญชัย)
อธิบดีกรมควบคุมโรค

ภาพประกาศเกียรติคุณผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงานกรมควบคุมโรค ในระดับดีมาก (ลำดับที่ 3) ประเภท สำนักวิชาการและสถาบัน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ให้ไว้ ณ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ภาพอธิบดีกรมควบคุมโรค มอบประกาศเกียรติคุณผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงานกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ให้ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ ณ ห้องประชุมประเมินจันทวิมล วันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ส่วนที่ 2

ผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ผลการปฏิบัติราชการของสำนักโรคไม่ติดต่อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 นำเสนอ 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อภายใต้แผนปฏิบัติราชการกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ส่วนที่ 3 ผลงานเด่นในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดผลงานภายใต้บริบทการบริหารราชการแผ่นดินที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เชิงยุทธศาสตร์และการเสริมสร้างระบบบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีตัวชี้วัดที่สำนักโรคไม่ติดต่อเป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแลจำนวน 5 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

1) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

2) ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ควบคุมได้

3) ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

4) อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

5) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี

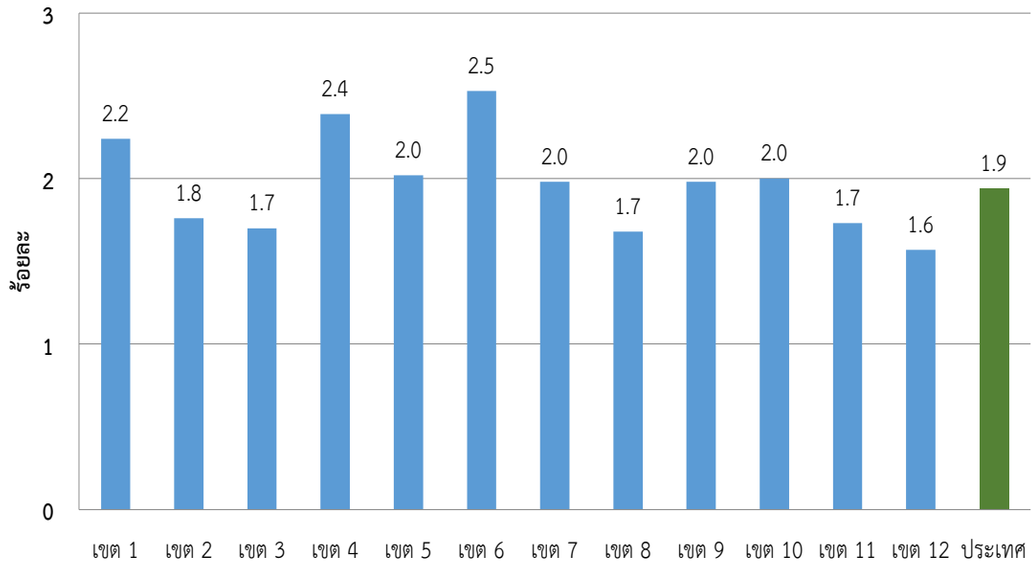
ผลการดำเนินงานภาพรวม บรรลุตามเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัดและไม่บรรลุตามเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด รายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

เกณฑ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กำหนดตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ ร้อยละ 2.4 และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ ร้อยละ 10

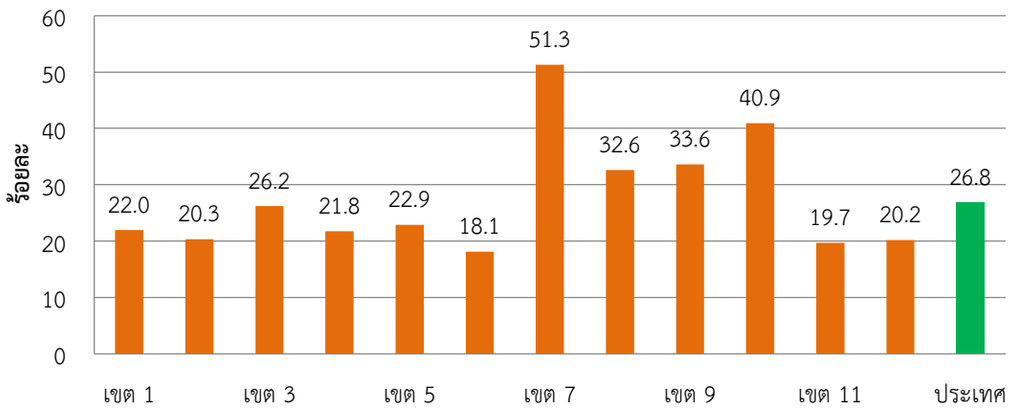
ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 1.9 ซึ่งบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีผลงานอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 6 ส่วนตัวชี้วัดอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีนี้ ภาพรวมประเทศเท่ากับร้อยละ 26.8 ซึ่งบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เช่นเดียวกัน โดยพบว่ามีอัตราสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ค่อนข้างมากทั้งในภาพรวมประเทศและเขตสุขภาพ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 และ 2

แผนภาพที่ 1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561



แหล่งข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 1 ตุลาคม 2561

แผนภาพที่ 2 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561



แหล่งข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 1 ตุลาคม 2561

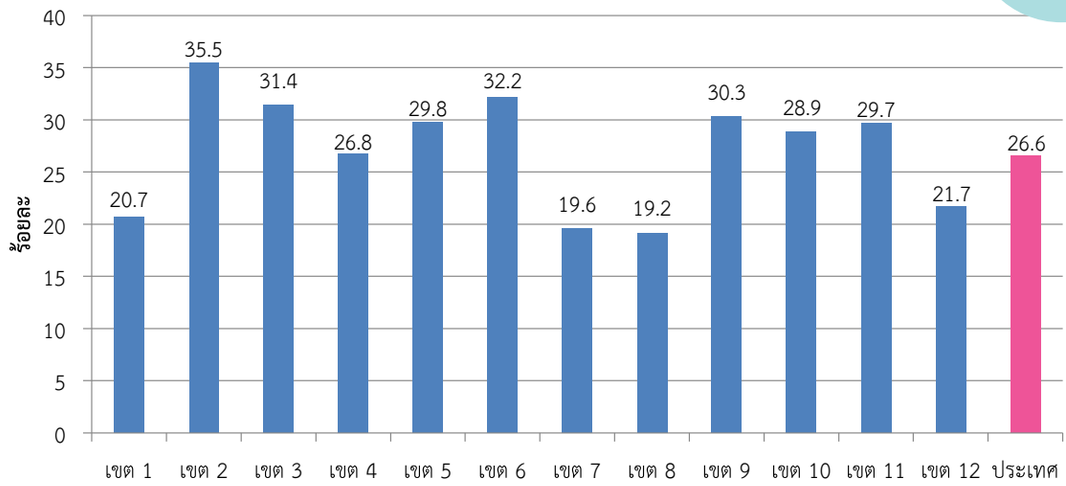
ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

เกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ดี ≥ ร้อยละ 40 และร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี ≥ ร้อยละ 50

ผลการดำเนินงาน: พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ดี เท่ากับร้อยละ 26.6 ซึ่งไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้งในภาพรวมประเทศและระดับเขตสุขภาพ

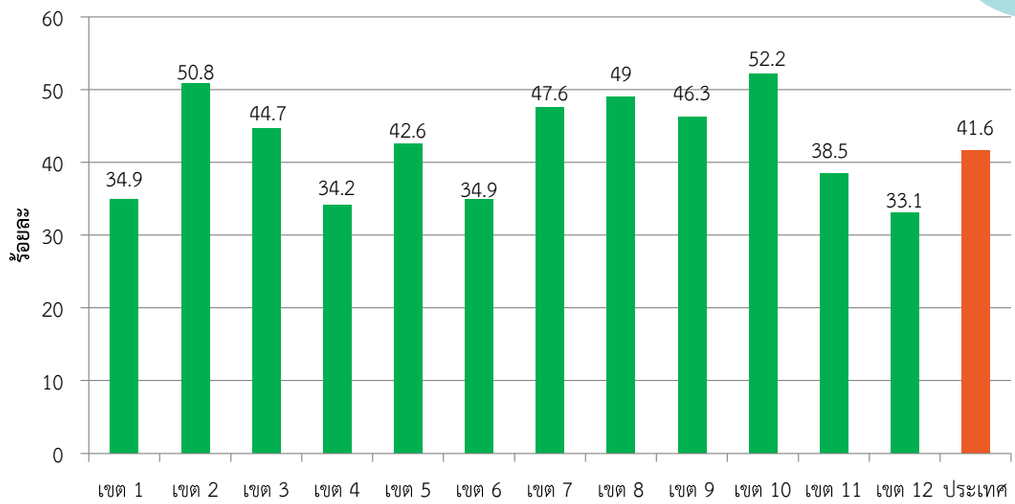
ส่วนอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ผลงานภาพรวมประเทศเท่ากับร้อยละ 41.6 ซึ่งไม่บรรลุเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้เช่นเดียวกัน แต่พบว่าเขตสุขภาพที่ 2 และ 10 มีผลดำเนินการบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือเท่ากับร้อยละ 50.8 และร้อยละ 52.2 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภาพที่ 3 และ 4

แผนภาพที่ 3 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561



ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 1 ตุลาคม 2561

แผนภาพที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561



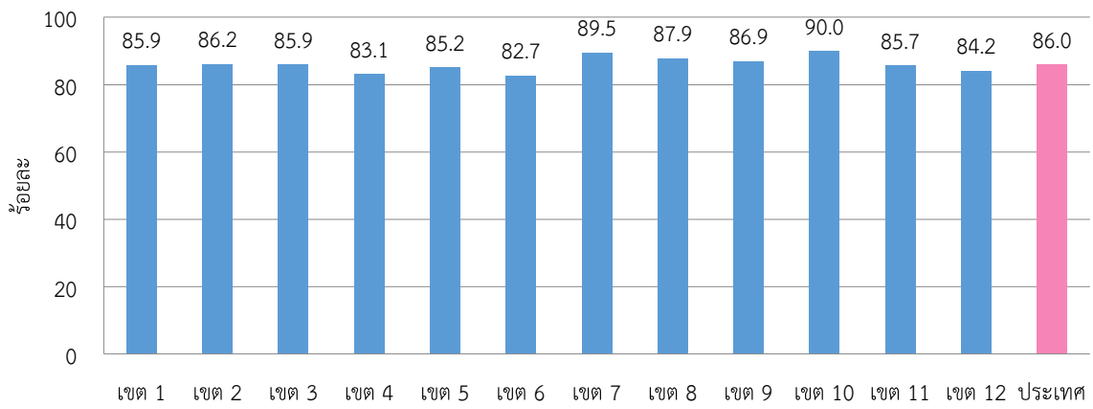
แหล่งข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 1 ตุลาคม 2561

ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

เกณฑ์ตัวชี้วัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ที่กำหนดคือ ≥ ร้อยละ 82.5

ผลการดำเนินงาน พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในภาพรวมประเทศเท่ากับร้อยละ 86.0 โดยทุกเขตสุขภาพมีผลการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์ที่วางไว้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 5

แผนภาพที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561



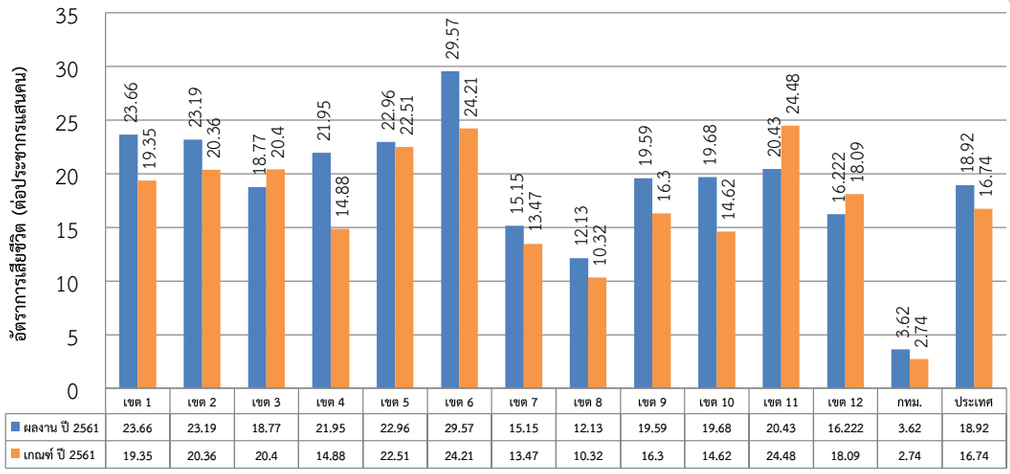
แหล่งข้อมูล: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ 1 ตุลาคม 2561

ตัวชี้วัดที่ 4: อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

เกณฑ์ตัวชี้วัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ≤ 16 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 10,917 คน)

จากข้อมูลรายงานการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตจากใบมรณะบัตร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเสียชีวิตจากการอุบัติเหตุทางถนน เท่ากับ 18.9 ต่อประชากรแสนคน หรือจำนวน 12,339 คน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้เสียชีวิตเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายรายปี พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 1,422 คน เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 3, 11 และ 12 ดังแสดงในแผนภาพที่ 6

แผนภาพที่ 6 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จำแนกรายเขตสุขภาพ



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	กทม.	ประเทศ
ผลงาน ปี 2561	23.66	23.19	18.77	21.95	22.96	29.57	15.15	12.13	19.59	19.68	20.43	16.222	3.62	18.92
เกณฑ์ ปี 2561	19.35	20.36	20.4	14.88	22.51	24.21	13.47	10.32	16.3	14.62	24.48	18.09	2.74	16.74

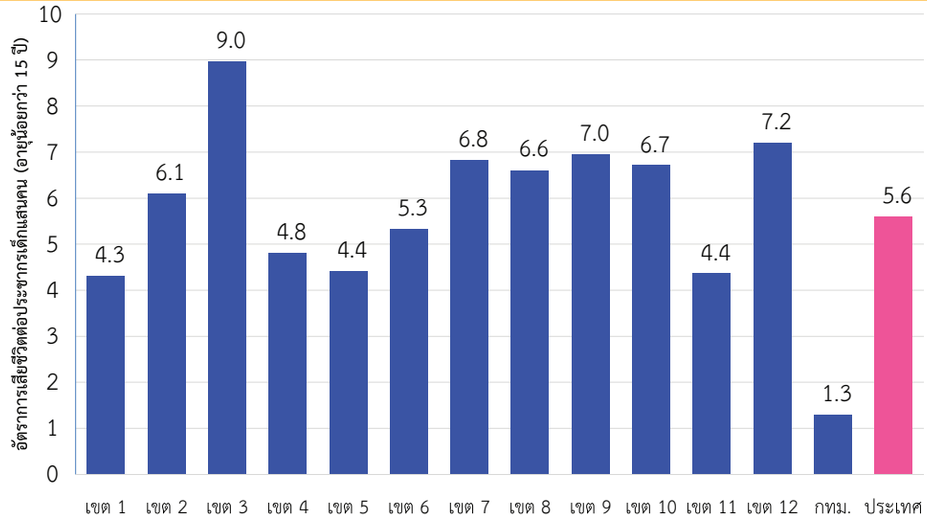
แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณะบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์โดย: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ตัวชี้วัดที่ 5: อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี

เกณฑ์ตัวชี้วัดใ นปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 < 4.5 ต่อประชากรเด็กแสนคน (จำนวน 540 คน)

จากรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตจากใบมรณะบัตร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ของประเทศเท่ากับ 5.6 ต่อประชากรเด็กแสนคนหรือจำนวน 645 คน เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้เสียชีวิตเทียบกับเป้าหมายรายปี พบจำนวนเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 105 คน เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นเขตสุขภาพที่ 5 ดังแสดงในแผนภาพที่ 7

แผนภาพที่ 7 อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561



แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณะบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์โดย: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

2. ผลการตรวจประเมินตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อ รับผิดชอบตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ จำนวน 14 ตัวชี้วัด ผลการตรวจประเมินโดย 1) คณะกรรมการการประเมินการปฏิบัติราชการสำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 และ 2) ผู้กำกับตัวชี้วัดระดับกรมควบคุมโรค ตามรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ระดับ (คะแนนเต็ม 5) จากเอกสาร และการซักถาม รวมถึงรับฟังปัญหาอุปสรรค ผลการตรวจประเมินพบว่า ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด โดยมี 12 ตัวชี้วัด ได้คะแนนเต็ม 5 รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการสำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ชื่อตัวชี้วัด		ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	ผลคะแนน
1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน	กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	5
2	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI)	กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร	5
3	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา	5
4	ระดับความสำเร็จของทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค สามารถเชื่อมต่อระบบข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์ได้แบบ Real time	กลุ่มพัฒนาองค์กร	5
5	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus	กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	5
6	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ	กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป	5
7	ระดับความสำเร็จของการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงาน	กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	4.8
8	ระดับความสำเร็จของการพัฒนางานบริการของหน่วยงาน	กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	5
9	ร้อยละของอัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายรวม	กลุ่มบริหารงานทั่วไป	4.49
10	ระดับความสำเร็จของการดำเนินนโยบายและแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ	กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล	5
11	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการดำเนินการบริหารจัดการองค์กรได้ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	กลุ่มพัฒนาองค์กร	5
12	ระดับความสำเร็จของการเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงาน (Happinometer)	กลุ่มพัฒนาองค์กร	5
13	จำนวนองค์ความรู้หรือนวัตกรรมที่สร้างใหม่ของหน่วยงานที่นำไปใช้ประโยชน์	กลุ่มพัฒนาองค์กร	5
14	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระดับคุณธรรมความโปร่งใสในหน่วยงานภาครัฐ โดยผ่านเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน	กลุ่มบริหารงานทั่วไป	5

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์

กรมควบคุมโรคได้กำหนดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเป็นประจำทุกปีงบประมาณ เพื่อให้หน่วยงานใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ และเป้าหมายของกรมควบคุมโรค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อได้รับผิดชอบตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ มีจำนวน 5 ตัวชี้วัด (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยประเมินการดำเนินงานตามขั้นตอนรายละเอียด 5 ขั้นตอน ผลการประเมินพบว่า 3 ตัวชี้วัดได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ สำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ตัวชี้วัดตามคำรับรองฯ		ผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	ผลคะแนน
1	ระดับความสำเร็จของภาคีเครือข่ายสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ตามเป้าหมาย	กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร	5
2	ระดับความสำเร็จของผลิตภัณฑ์เพื่อการควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ดำเนินการตามมาตรฐานสากล	กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	4.2
3	ระดับความสำเร็จของการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ หรือกฎหมายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับความเห็นชอบให้นำไปใช้ในระดับพื้นที่/เขตสุขภาพ/กรม/กระทรวง/ภูมิภาค	กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล	5
4	ระดับความสำเร็จในการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป	5
5	ระดับความสำเร็จของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค	กลุ่มพัฒนาองค์กร	4.5

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ภายใต้แผนปฏิบัติราชการกรมควบคุมโรค

ผลผลิตที่ 1.1 พัฒนาและสนับสนุนกระบวนการจัดทำผลิตภัณฑ์และจัดการความรู้ของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกรมควบคุมโรคเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ) จำนวน 2 โครงการ

(1) โครงการบริหารจัดการทรัพยากรสำนักโรคไม่ติดต่อ

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มบริหารทั่วไป

วัตถุประสงค์: เพื่อสนับสนุนกลุ่มงาน ให้ดำเนินงานอย่างประสิทธิภาพทันต่อการปฏิบัติงาน และจัดทำผลิตภัณฑ์ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของสำนักโรคไม่ติดต่อ

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/การจัดซื้อจัดจ้าง

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมกรรมการวางแผนและประเมินผลสำนักโรคไม่ติดต่อเพื่อรายงานผลการดำเนินงานและพิจารณาเรื่องสำคัญต่างๆ
- จัดประชุมคณะทำงาน Healthy work place เพื่อจัดทำแผนการปฏิบัติการตามเกณฑ์การประเมินสถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน และตรวจประเมินภายในสำนัก
- จ้างเหมาบริษัททำความสะอาดสถานที่ รักษาความปลอดภัย และจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกสำนักงาน เป็นต้น

(2) โครงการบริหารจัดการองค์กรแนวใหม่ได้มาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มพัฒนาองค์กร

วัตถุประสงค์ : เพื่อยกระดับระบบบริหารจัดการองค์การ และทรัพยากรบุคคลให้มีสมรรถนะสูงได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด

กิจกรรมหลัก : ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/ส่งบุคลากรอบรม/จัดทำคู่มือแนวทาง

ผลการดำเนินงาน :

- จัดประชุมบุคลากรเพื่อพัฒนาด้านการทำวิจัย สมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ การใช้งานระบบบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ Estimates SM
- จัดประชุมคณะทำงาน Healthy work place คณะทำงานประเมินผลการปฏิบัติราชการ (PMS) เพื่อพัฒนาองค์กรตามแนวทาง PMQA 4.0 และนำไปสู่แนวทางการสร้างสุขในองค์กร
- จัดประชุมคณะกรรมการตรวจประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงาน เพื่อรายงานผลการประเมินตนเองและผลการตรวจตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการจากกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมควบคุมโรค
- จัดทำคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ และคู่มือบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์

ผลผลิตที่ 2.1 พัฒนาและบริหารจัดระบบ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจำนวน 1 โครงการ

(1) โครงการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (สำนักโรคไม่ติดต่อ) หลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล

วัตถุประสงค์:

- เพื่อการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะความเป็นมืออาชีพในงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐแก่บุคลากรที่มีบทบาทด้านการบริหารทุกระดับ ให้มีความพร้อมเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ มีสมรรถนะและขีดความสามารถสูง

กิจกรรมหลัก: ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม

ผลการดำเนินงาน:

- บุคลากรของสำนักโรคไม่ติดต่อเข้ารับการหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง (ผบก.) จำนวน 1 คน

ผลผลิตที่ 2.2 เสริมสร้างศักยภาพ พัฒนาความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จำนวน 15 โครงการ

(1) โครงการพัฒนาการดำเนินงานข้อมูลเฝ้าระวังเชิงยุทธศาสตร์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาข้อมูลเฝ้าระวังเชิงยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและส่วนแสดงผล

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/จัดทำระบบฐานข้อมูล

ผลการดำเนินงาน:

- วางแผนการดำเนินงานระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อและแนวทางการใช้ข้อมูล Big data
- จัดทำระบบรายงานมาตรฐาน (Dashboard) จำนวน 2 ระบบ ได้แก่ ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และข้อมูลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

(2) โครงการพัฒนาระบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System)

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพในการจัดระบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในระบบสุขภาพระดับอำเภอ

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/จัดทำคู่มือ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการตามรูปแบบป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงใน NCD Clinic Plus DHS ให้ทีมสหวิชาชีพฯ จำนวน 350 คน ใน 76 จังหวัด 2 ครั้ง
- ประชุมเครือข่ายระดับจังหวัดเพื่อพัฒนาการดำเนินงานและคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards ปี 2561 มีผู้ร่วมประชุม 240 คน

(3) โครงการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กิจกรรมหลัก: รณรงค์ ประชาสัมพันธ์/จ้างเหมาผลิตสื่อวีดีทัศน์

ผลการดำเนินงาน:

- จัดกิจกรรมรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2560 (World Diabetes Day 2017) เมื่อวันอาทิตย์ที่ 5 พฤศจิกายน 2560 ณ สวนวชิรเบญจทัศ (สวนรถไฟ) กรุงเทพมหานคร มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม 700 คน

- จัดกิจกรรมรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี พ.ศ. 2561 ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2561 ณ โถงอาคาร 3 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประมาณ 300 คน

(4) โครงการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมผู้ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสถานการณ์และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จำนวน 2 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมประชุมครั้งละ 20 คน จากการประชุมมีการปรับเกณฑ์การประเมินคุณภาพฯ ให้ชัดเจน ครอบคลุม เข้าใจง่าย และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมผู้ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus จำนวน 200 คน

(5) โครงการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดโรค CVD CKD (สนับสนุนคำรับรองกรมควบคุมโรค)

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาเกณฑ์การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และค้นหาแบบอย่างที่เป็นเลิศ (Best Practice) และเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนร่วมกันของพื้นที่

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมเพื่อจัดทำเกณฑ์ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดโรค CVD CKD สำหรับคณะกรรมการตัดสินระดับเขต

- จัดประชุมถ่ายทอดเกณฑ์และแนวทางในการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อลดโรค CVD และ CKD สำหรับคณะทำงานและคณะกรรมการตัดสินระดับเขต ผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 76 จังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 แห่ง และประธานหรือเลขานุการ Service plan ทั้ง 12 เขต

(6) โครงการมหกรรมแสดงผลงานวิชาการด้านสุขภาพกลุ่มวัยทำงานด้านโรคไม่ติดต่อ "NCD Forum 2018"

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อยกระดับการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมความรู้ สร้างแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย สร้างเครือข่ายและขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กิจกรรมหลัก: ประชุมเชิงปฏิบัติการ/จ้างเหมาผลิตสื่อประชาสัมพันธ์

ผลการดำเนินงาน:

จัดมหกรรมแสดงผลงานวิชาการด้านสุขภาพกลุ่มวัยทำงานด้านโรคไม่ติดต่อ "NCD Forum 2018" ร่วมกับกรมการแพทย์และเครือข่าย ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 2,025 คน จากการประชุมทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Best Practice) 16 รูปแบบ พร้อมทั้งเกิดเครือข่ายร่วมบูรณาการงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบัน สมาคมต่างๆ

(7) โครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) ปี พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (CBI NCDs) พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/จัดทำคู่มือ/ลงพื้นที่ปฏิบัติงาน

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมเพื่อกำหนดกรอบ กำหนดเกณฑ์การดำเนินงาน (CBI NCDs) ปี พ.ศ. 2561 สำหรับเทศบาลและชุมชน จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงาน (CBI NCDs) ปี พ.ศ. 2561

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน(CBI NCDs) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 158 คน

(8) โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม พร้อมทั้งสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการดำเนินงานเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมคณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ โดยมีศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในการประชุม มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 46 ท่าน

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความร่วมมือภายใต้ยุทธศาสตร์เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ เครือข่ายลดบริโภคเค็ม กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาฯลฯ

(9) โครงการป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างความตระหนัก ความเข้าใจต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน รวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันการพลัดตก

หกล้มในผู้สูงอายุและการบาดเจ็บในเด็ก

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/รณรงค์-ประชาสัมพันธ์

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 40 คน
- จัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ณ สวนลุมพินี และมีการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 87 คน พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับต่ำ และอีก 31 คน มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับสูง

(10) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการวัดสุขภาพโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเกิดและกำหนดรูปแบบการวัดทางสุขภาพและการประเมินผลให้มีความสอดคล้องกัน รวมทั้งพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสำรวจตัวอย่าง (Sample Survey) สำหรับการจัดทำฐานข้อมูล และควบคุมคุณภาพข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2561

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/อบรม

ผลการดำเนินงาน:

- อบรมบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ 21 จังหวัด เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะในการวัดด้านสาธารณสุข และสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2561
- จัดประชุมชี้แจงทีมเก็บรวบรวมข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อภาคสนาม

(11) โครงการลงพื้นที่เพื่อศึกษาดูงานการดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อถอดบทเรียนโรงพยาบาลแกดำ จังหวัดมหาสารคาม พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับเครือข่ายในการดำเนินงานต่อไป

กิจกรรมหลัก: ประชุมเชิงปฏิบัติการ/ศึกษาดูงาน

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคไตเรื้อรัง (CKD) ณ จังหวัดขอนแก่น และ จังหวัดมหาสารคาม ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้บริหารจากกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สถาบันไตภูมิราชนครินทร์ หน่วยงานและเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนเขตสุขภาพที่ 7

(12) โครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการแผนงาน (PCM) ของ NATI Cluster ปี พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนสมรรถนะให้กับผู้จัดการแผนงานของ Cluster NATI ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 แห่ง และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กิจกรรมหลัก: ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงาน:

- พัฒนาศักยภาพผู้จัดการแผนงาน (PCM) ของ NATI Cluster ณ จังหวัดลพบุรี มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 100 คน จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และหน่วยงานส่วนกลาง

(13) โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง (CKD)

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) เพื่อพัฒนาขยายผลนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันกับเครือข่าย

กิจกรรมหลัก: ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมเครือข่ายเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานการลดและชะลอไตเสื่อมร่วมกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 แห่ง จากการประชุมส่งผลให้ได้รูปแบบแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง (CKD)

(14) โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบระบบรายงาน IS Online (Injury Surveillance Online) ในเขตสุขภาพที่ 1-2 และเขตสุขภาพที่ 11-12

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถรายงานข้อมูลผ่านระบบ IS online ในการรองรับภารกิจฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

กิจกรรมหลัก: ประชุมเชิงปฏิบัติการ/อบรม

ผลการดำเนินงาน:

- พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบระบบรายงาน IS Online (Injury Surveillance Online) ในเขตสุขภาพที่ 1 2 11 และ12 จำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 120 คน

(15) โครงการบริหารจัดการทรัพยากรของสำนักโรคไม่ติดต่อประจำปีงบประมาณ ปี พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มบริหารทั่วไป

วัตถุประสงค์: เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและการสร้างผลิตภัณฑ์ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของสำนักโรคไม่ติดต่อ

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมคณะกรรมการบริหารสำนักโรคไม่ติดต่อ เพื่อติดตามความก้าวหน้าโครงการ การเบิกจ่ายงบประมาณ ผลการเบิกจ่ายงบประมาณ และพิจารณาเรื่องต่างๆ เพื่อบริหารจัดการภายในสำนัก

ผลผลิตที่ 3.2 การถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีคุณภาพ จำนวน 1 โครงการ

(1) โครงการผลิตสื่อรณรงค์สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร

วัตถุประสงค์: เพื่อผลิตสื่อรณรงค์สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ 2561

กิจกรรมหลัก: จัดทำสื่อรณรงค์

ผลการดำเนินงาน:

- ผลิตชุดรณรงค์สื่อสารความเสี่ยงและสร้างความตระหนักในความปลอดภัยจากการใช้รถใช้ถนนของประชาชน "ขับรถมีวินัย ใส่ใจสุขภาพ" จำนวน 4,000 ชุด เพื่อใช้ในงานแถลงข่าวและกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ 2561

ผลผลิตที่ 6.2 พัฒนาศูนย์กลางการศึกษาและฝึกอบรมด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับนานาชาติ จำนวน 1 โครงการ

(1) โครงการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรค NCDs สำหรับประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสนับสนุนการเตรียมความพร้อมด้านวิชาการเพื่อรองรับการติดตามการประเมินผลการดำเนินงาน UNIATF mission to Thailand พร้อมเตรียมการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายระดับประเทศและระดับนานาชาติ

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมเพื่อเตรียมการรับการตรวจเยี่ยมจากคณะ UNIATF โดยมีนายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นประธาน
- จัดประชุมเพื่อรายงานผลการดำเนินงานเพื่อลดโรค NCDs ต่อการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานในระดับโลกของประเทศไทย โดยคณะ UNIATF นำโดยนางซอมญ่า ซวามินาท รอง ผอ.องค์การอนามัยโลก

ผลผลิตที่ 8.1 โครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและพัฒนาทักษะชีวิตในกลุ่มวัยเรียน จำนวน 2 โครงการ

(1) โครงการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำเชิงบูรณาการปี 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป

วัตถุประสงค์: เพื่อให้เกิดการขยายผลทีมเครือข่ายผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ และเพื่อพัฒนาแนวทางผู้ก่อการดี (Merit Maker) ฉบับสมบูรณ์ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำของภาคีเครือข่าย

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงาน :

- จัดเวทีสัมมนา Merit Maker...Drown No More 2017 "สานพลังผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ" ณ กรุงเทพมหานคร เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ และกระตุ้นให้เครือข่ายมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขยายผลการสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 650 คน
- จัดประชุมเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ และเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถติดตามประเมินผลการสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ผู้เข้าประชุม จำนวน 39 คน
- พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ในการเป็นวิทยากรตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 3 รุ่น

(2) โครงการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในโรงเรียนนำร่อง

ผู้รับผิดชอบ : กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาหลักสูตร เนื้อหา และกระบวนการเรียนรู้เชิงบูรณาการในประเด็นการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในกลุ่มวัยเรียน และเพื่อพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานและสร้างเครือข่ายการดำเนินงานลดเสี่ยงการเป็นโรคไม่ติดต่อในสถานศึกษาร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงาน:

- พัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้เชิงบูรณาการในประเด็นการลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ ในกลุ่มวัยเรียน พร้อมทั้งสนับสนุนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่โรงเรียนนำร่อง 8 แห่ง

ผลผลิตที่ 10.1 **พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 8 โครงการ**

(1) โครงการพัฒนาการติดตามประเมินผลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวัยทำงาน

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการติดตามประเมินผล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพ

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/จัดทำรายงานประจำปี 2560

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) โดยมีศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในการประชุม เพื่อหารือแนวทางการขับเคลื่อนแผนฯ มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 65 คน
- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การติดตามประเมินผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อกลุ่มวัยทำงานระหว่างส่วนกลางและพื้นที่ โดยมีผู้เข้าร่วมจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง สำนักฯ และภาคีเครือข่ายส่วนกลาง จำนวน 65 คน

(2) โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์งานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังวัยทำงาน

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยทำงาน

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/จัดทำสื่อ

ผลการดำเนินงาน:

- ผลิตสื่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น Infographic โปสเตอร์ แผ่นพับคลิปวีดีทัศน์ ป้ายไวนิล ในเรื่องการรณรงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ชะลอการเสื่อมของไต ลดการบริโภคเกลือ/โซเดียม และการประเมินความเสี่ยงในวัยทำงาน

(3) โครงการป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร

วัตถุประสงค์: เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากการจราจรทางถนนระดับอำเภอ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน การจัดการข้อมูล การสอบสวนการบาดเจ็บ และกระบวนการติดตามประเมินผลในระดับจังหวัด

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/รณรงค์-ประชาสัมพันธ์/ผลิตสื่อวีดีทัศน์

ผลการดำเนินงาน:

- จัดเวทีขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS-RTI) "สานพลังเครือข่ายอำเภอสู่ความปลอดภัยทางถนนที่ยั่งยืน" มีการมอบโล่ประกาศเกียรติคุณเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่อำเภอและทีมป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับตำบลหรือหน่วยงาน (RTI team) ที่มีผลดำเนินงานดีในแต่ละระดับ ผู้เข้าประชุมทั้งสิ้น 350 คน
- จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เพื่อพัฒนาแนวทางการติดตามประเมิน และพัฒนาศักยภาพในการประเมินการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) มีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 50 คน
- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบระบบรายงาน IS Online (Injury Surveillance Online) ให้แก่สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5, 6, 9 และ 10 เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลและสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่เมืองใหญ่ City RTI "สานพลัง สู่เมืองถนนปลอดภัย (City Safety road)"
- จัดงานแถลงข่าวรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี พ.ศ. 2561 ร่วมกับสำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขมอบของขวัญปีใหม่ 2561 "สร้างสุข สร้างความปลอดภัยทั่วไทย" และรณรงค์ป้องกันภัยช่วงเทศกาลปีใหม่ 2561 ร่วมสร้างความปลอดภัยร่วมกับภาคเครือข่าย เน้นย้ำ "ดื่มแล้วขับ จับตรวจแอลกอฮอล์"และจัดกิจกรรมรณรงค์โครงการ "ปีใหม่ปลอดภัย ตายเป็นศูนย์" ร่วมกับมูลนิธิเมาไม่ขับ
- จัดงานแถลงข่าวรณรงค์ป้องกันภัยช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2561 "กระทรวงสาธารณสุขชวนคนไทยร่วมมือร่วมใจสุขใจเทศกาลสงกรานต์" โดยร่วมกับสำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการขนส่งทางบก และจัดกิจกรรมรณรงค์ลดอุบัติเหตุช่วงเทศกาลสงกรานต์ร่วมกับมูลนิธิเมาไม่ขับ

(4) โครงการบูรณาการงานด้านควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในสถานประกอบการนำร่องทั่วประเทศ

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางสนับสนุนให้มีการจัดการโรคไม่ติดต่อในสถานประกอบการที่ดำเนินการได้ต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผล พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการจัดการโรคไม่ติดต่อสำหรับวัยทำงาน

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/ลงพื้นที่ติดตาม/จัดพิมพ์สมุดประจำตัวสุขภาพ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานบูรณาการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานประกอบการในพื้นที่นำร่อง มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 40 คน
- ลงพื้นที่ติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในสถานประกอบการนำร่องในพื้นที่ 2 จังหวัด
- จัดพิมพ์สมุดประจำตัวสุขภาพ 1,000 เล่ม สนับสนุนให้กับ รพ. ที่เข้าร่วมโครงการ

(5) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาล (ถอดบทเรียนเทศกาลปีใหม่)

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรช่วงเทศกาล พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัด ในการดำเนินงานช่วงเทศกาล

กิจกรรมหลัก: ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอในช่วงเทศกาล เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรช่วงเทศกาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน มีผู้เข้าร่วมประชุม 50 คน

(6) พัฒนาประสิทธิภาพการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน

กิจกรรมหลัก: ประชุมราชการ/ประชุมเชิงปฏิบัติการ/จัดจ้างทำโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการดำเนินงาน:

- จัดประชุมอบรมชี้แจงการเก็บข้อมูลภาคสนามให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 45 คน
- โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ จำนวน 1 โปรแกรม

(7) โครงการหนองแม่ไก่ต้นแบบชุมชนเข้มแข็ง หัวใจแข็งแรง สู่ Thailand Global Hearts (สำนักโรคไม่ติดต่อ)

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการลดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างยั่งยืน พร้อมทั้งสร้างความตระหนักและสร้างพันธะสัญญาต่อการลดโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนหนองแม่ไก่

กิจกรรมหลัก: ประชุมเชิงปฏิบัติการ/ลงพื้นที่

ผลการดำเนินงาน

- จัดกิจกรรมโครงการ “หนองแม่ไก่...ต้นแบบชุมชนเข้มแข็ง หัวใจแข็งแรง Thailand Global Hearts” กลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลหนองแม่ไก่ อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 199 คน

(8) โครงการเพิ่มการเข้าถึงการวัดความดันโลหิตในสถานที่สาธารณะ

ผู้รับผิดชอบ: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน

กิจกรรมหลัก: ประชุมเชิงปฏิบัติการ/ลงพื้นที่ปฏิบัติงาน

ผลการดำเนินงาน

- จัดประชุมเพื่อเตรียมดำเนินการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการวัดความดันโลหิตในสถานที่สาธารณะมีผู้เข้าร่วมจำนวน 25 คน
- ทดลองติดตั้งโปรแกรม Hypertension ที่ใช้เชื่อมต่อข้อมูลระหว่างเครื่องวัดความดันโลหิต กับเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ Cloud ที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งเป็นหน่วยงานนำร่องในการดำเนินการเพิ่มการเข้าถึงการวัดความดันโลหิตในสถานที่สาธารณะ

ส่วนที่ 3 ผลงานเด่นในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

1. การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI)

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่สร้างความสูญเสียและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย จากข้อมูลการบูรณาการ 3 ฐาน ปี พ.ศ. 2554-2559 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 21,200 คน/ปี คิดเป็น 32.6 ต่อประชากรแสนคน หรือวันละ 60 คน มีผู้บาดเจ็บพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 200,000 คน/ปี และผู้พิการ 9,000 คน/ปี ซึ่งแนวโน้มของปัญหายังอยู่ในอัตราที่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว

รณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน

การแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ ซึ่งมีขนาดพื้นที่เหมาะสมในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประเมินผลได้ดีที่สุด โดยผ่านกลไกของอำเภอ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นการใช้ข้อมูลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งหนุนเสริมการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และสามรถขับเคลื่อนไปยังเครือข่ายท้องถิ่น และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางประชารัฐของรัฐบาล

กลไกการทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ปี พ.ศ. 2559 ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนของประเทศ ได้มีนโยบายให้ทุกอำเภอจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ทุกแห่งทั่วประเทศ (878 อำเภอ) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2554

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 และได้พัฒนาให้สอดคล้องกับแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีการพัฒนากระบวนการทำงานเป็นระยะๆ ดังนี้

- ในปี พ.ศ. 2559 มีอำเภอรายงานการดำเนินงาน 634 อำเภอ
- ในปี พ.ศ. 2560 กรมควบคุมโรคได้จัดทำคู่มือและแนวทางการประเมินการดำเนิน D-RTI สนับสนุนการดำเนินงานพื้นที่ มีอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองคุณภาพในระดับดีเยี่ยม (Advanced) 54 อำเภอ และมี 32 อำเภอ ที่สามารถลดจำนวนผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตลงได้อย่างเป็นรูปธรรม
- ในปี พ.ศ. 2561 มี 136 อำเภอ ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองคุณภาพ ผลการประเมินเบื้องต้น โดยใช้ข้อมูลบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด พบว่า 75 อำเภอมีการบาดเจ็บลดลง และมี 52 อำเภอมีการตายลดลง ในภาพรวม 136 อำเภอ มีจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุลดลง 666 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บลดลง 1,255 คน ทั้งนี้อยู่ในขั้นตอนการประเมินผลเชิงลึกในระดับอำเภอ
- ในปี พ.ศ. 2562 กำหนดเป้าหมายอำเภอเสี่ยง 283 อำเภอโดยใช้ข้อมูลการตายจากมรณะบัตรและข้อมูลการบาดเจ็บจากระบบ 43 แฟ้ม และกำหนดเป้าหมายผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพร้อยละ 70 หรือ > 140 อำเภอ และมีผู้บาดเจ็บหรือผู้เสียชีวิตลดลง 100 อำเภอ

หมายเหตุ ; 283 อำเภอครอบคลุมการตายร้อยละ 81 และครอบคลุมการบาดเจ็บร้อยละ 65

ปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อค้นพบสำคัญ

จากการถอดบทเรียน พบว่า อำเภอที่ดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม มีปัจจัยแห่งความสำเร็จของอำเภอ คือ มีข้อมูลสารสนเทศที่ดี ชี้เป้าประเด็นปัญหาได้ตรงประเด็น ฝ่ายนโยบายให้ความสำคัญ มี Core Team ที่มีศักยภาพ และการเชื่อมโยงปัญหาไปยังศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทั้งผลผลิตและผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน

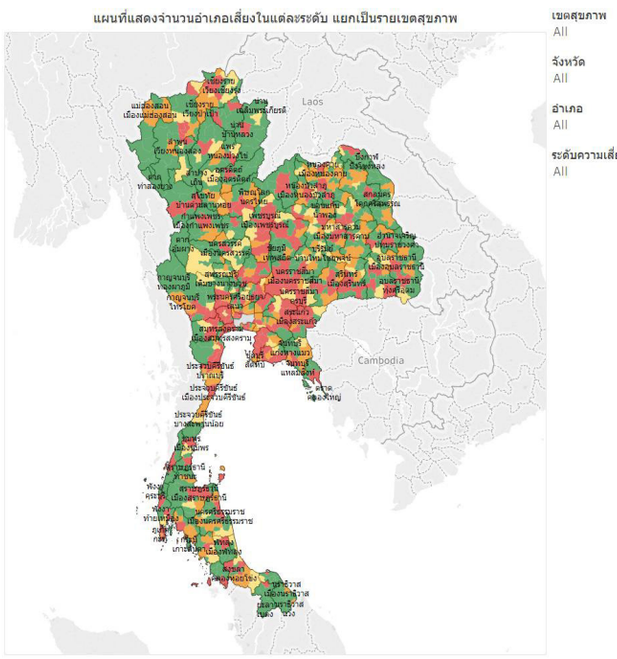
ข้อค้นพบสำคัญในอำเภอที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ

1) ในด้านบุคลากร ยังขาดทักษะการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง ขาดการเจาะลึกปัญหา รวมทั้งการชี้เป้าในระดับท้องถิ่น/ชุมชน และการสร้างมาตรการที่หวังผล เป็นผลให้มาตรการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ไม่ Focus กลุ่มเป้าหมาย และเน้นรณรงค์ประชาสัมพันธ์

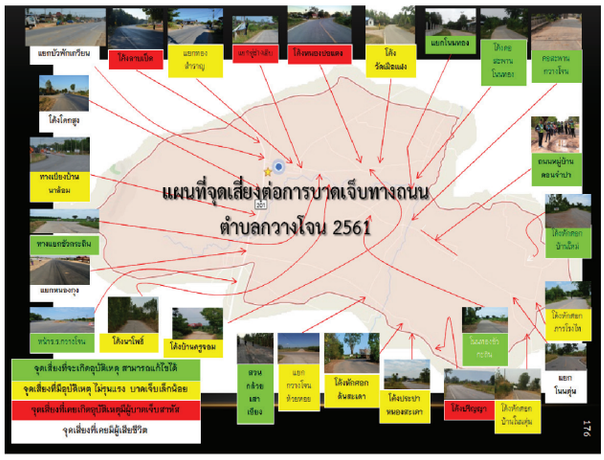
2) ด้านนโยบายและกลไกการทำงาน พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีข้อจำกัดการทำงานหากไม่เชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) โดยเฉพาะเครือข่ายในอำเภอที่มีหน้าที่โดยตรง และมีมุมมองว่าเป็นงานของฝ่ายสาธารณสุข และระดับนโยบายยังไม่ถูกกระตุ้นการทำงานในทิศทางเดียวกันจากหน่วยงานส่วนกลาง ทำให้เกิดการกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) สร้างข้อตกลงความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานสำคัญในส่วนกลาง เพื่อสร้างกระแสการรับรู้ในวงกว้างของอำเภอและท้องถิ่น มีนโยบายในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ การกระตุ้นการทำงานของอำเภอ โดยการชี้เป้าอำเภอเสี่ยงสูงร่วมกัน กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและประเมินผล โดยมีหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น



2) ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยจัดทำบทเรียน Online (E-Learning) สร้างชุมชนแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ง่ายและใช้งบประมาณน้อย การจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงรากของปัญหา รวมทั้งการชี้เป้าในระดับท้องถิ่น/ชุมชน และการสร้างมาตรการที่หวังผล



การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ

2. ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ

สถานการณ์การจมน้ำเป็นอย่างไร:

การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งสูงมากกว่าทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ [1-4] อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2551-2560 อยู่ในช่วง 6.1-9.4 และมีจำนวนการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 957 คน [2] อัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) จากการจมน้ำเท่ากับร้อยละ 31.9 [5] ทั้งนี้การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) อันดับที่ 3 ในเด็กชาย (DALY = 26,000 ปี) และอันดับที่ 6 ในเด็กหญิง (DALY = 10,000 ปี) [6]

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) เกิดจาก:

จากการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในมาตรการต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2549 จนถึงปี พ.ศ. 2557 พบว่า พื้นที่มักมีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำเพียงมาตรการเดียว นั่นคือ การสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ซึ่งไม่ช่วยป้องกันการจมน้ำในกลุ่มเด็กเล็ก (ต่ำกว่า 5 ปี) ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าว ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมาสำนักโรคไม่ติดต่อ จึงได้กำหนดกลยุทธ์ "การสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker)" ขึ้น

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) คืออะไร และมีกระบวนการอย่างไร:

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) เป็นกลยุทธ์ที่จะกระตุ้นให้พื้นที่เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำแบบสหสาขาต่อเนื่อง และครอบคลุมในทุกมาตรการ รวมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่

ผู้ก่อการดีประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ นโยบาย การบริหารจัดการสถานการณ์และข้อมูล การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้ความรู้ การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล ซึ่งจะเห็นว่าแต่ละองค์ประกอบของผู้ก่อการดีคือมาตรการและกลยุทธ์การป้องกันการจมน้ำที่สำคัญ รวมทั้งสอดคล้องกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ที่ได้แนะนำไว้ในปี ค.ศ. 2017 ถึง 6 มาตรการ และ 4 กลยุทธ์ของการป้องกันการจมน้ำ [7]

ทั้งนี้ผู้ก่อการดีจะมีทั้งหมด 3 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงิน และระดับทองแดง ซึ่งแต่ละระดับจะแตกต่างกันที่จำนวนองค์ประกอบ หรือจำนวนและความถี่ในแต่ละองค์ประกอบ

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ปี พ.ศ. 2561 มีกระบวนการที่แตกต่างจากปีที่ผ่านมาอย่างไร:

ปีที่ผ่านๆ มา การค้นหาและขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำทั้ง 3 ระดับเป็นบทบาทของหน่วยงานในดับพื้นที่ ทั้งนี้ทีมที่มีความประสงค์จะสมัครเป็นผู้ก่อการดีฯ จะต้องสมัครผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในพื้นที่ และทีมประเมินในระดับจังหวัดและทีมประเมินระดับเขตเป็นผู้ประเมินเบื้องต้น จากนั้นส่งรายชื่อทีมที่ผ่านการประเมินไปยังส่วนกลางเพื่อทีมประเมินส่วนกลางจะลงพื้นที่เพื่อประเมินเชิงคุณภาพ และรับรองเป็นทีมผู้ก่อการดีระดับประเทศ

แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ได้มีการเปลี่ยนบทบาทการประเมินรับรองจากทีมประเมินส่วนกลางไปเป็นทีมประเมินระดับเขต โดยทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) จะถูกประเมินเบื้องต้นโดยจะมีทีมประเมินในระดับจังหวัดและทีมประเมินระดับเขตเป็นผู้ประเมินรับรองให้แก่ทีมผู้ก่อการดีฯ จากนั้นทีมประเมินระดับเขตจะส่งทีมที่ดีที่สุดของแต่ละจังหวัดไปยังส่วนกลาง เพื่อประเมินรับรองเชิงคุณภาพและประกวดแข่งขันหาทีมที่ดีที่สุดในระดับประเทศ

กระบวนการอะไรที่เป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker)

กลไกสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ประกอบด้วย การเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง โล่รางวัล/เกียรติบัตรเป็นลายเซ็นจากท่านนายกรัฐมนตรี (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร) และการจัดเวทีสัมมนา Merit Maker...Drown No More "สานพลังผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ" เพื่อมอบโล่รางวัลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ได้จัดพิธีเปิดเวทีสัมมนาโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และมีนายแพทย์อัษฎางค์ รวยอาจิณ (รองอธิบดีกรมควบคุมโรค) เป็นประธานในพิธีเปิดนอกจากนั้นยังได้เชิญผู้เชี่ยวชาญเรื่องการป้องกันการจมน้ำระดับโลกมาบรรยายในประเด็นที่สำคัญ จำนวน 2 ท่าน ได้แก่ Dr. David Meddings (World Health Organization (Geneva): WHO) และ Mr. Justin Scarr (Chief Executive Officer, The RoyalLife Saving Society Australia) ซึ่งผู้เข้าร่วมเวทีสัมมนาให้ความสนใจเป็นจำนวนมาก โดยมีผู้เข้าร่วมงานเวทีสัมมนา จำนวน 678 คน จาก 342 หน่วยงาน ใน 77 จังหวัด ซึ่งมาจากหน่วยงานสาธารณสุขภาคท้องถิ่นภาคการศึกษาหน่วยงานภาคเอกชน นักวิชาการจิตอาสาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ [8]

การสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) เกิดประโยชน์อย่างไรต่อประชาชน

ภายหลังจากที่สำนักโรคไม่ติดต่อดำเนินการทำ Intervention ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2549 พบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยจากเดิม (ก่อนปี พ.ศ. 2549) มีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำเฉลี่ยปีละ 1,500 คน แต่ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เท่ากับ 717 คน ซึ่งลดลงกว่าร้อยละ 50[9]

การดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อประชาชนในพื้นที่ โดย 4 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2558-2561) ที่ได้มีการดำเนินการ พบว่ามีทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ จำนวน 3,484 ทีม ครอบคลุมในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัย (สร้างรั้วหรือติดป้ายคำเตือน และจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำไว้บริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง) จำนวน 15,501 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 12,224 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ จำนวน 12,275 แห่ง เกิดวิทยากรสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 26,596 คน มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ จำนวน 12,864 ครั้ง และมีผลการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล จำนวน 476 เรื่อง นอกจากนั้นยังทำให้เด็กอายุ 6-14 ปี จำนวน 578,187 คน มีทักษะว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และประชาชนในชุมชน จำนวน 267,536 คนมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ซึ่งเป็นการสร้างทักษะที่จำเป็นให้แก่ประชาชนในพื้นที่อีกด้วย[10]

การสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ช่วยแก้ปัญหาการจมน้ำหรือไม่:

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยระดับทองแดงมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครือข่ายจึงดำเนินการเพียง 6 องค์ประกอบง่ายๆ ที่สามารถดำเนินการได้ไม่ยาก ดังนั้นจึงไม่สามารถลดการจมน้ำเสียชีวิตได้มากนัก แต่เป็นเพียงการเริ่มต้นเพื่อดึงเอาเครือข่ายเข้ามาร่วมดำเนินการ ขณะที่ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ระดับทองและระดับเงิน จะต้องดำเนินการถึง 10 องค์ประกอบ และมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการจมน้ำเสียชีวิตทั้งนี้พื้นที่ที่ดำเนินการในระดับทอง จะสามารถลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำได้มากกว่าพื้นที่ที่ไม่มีการดำเนินการ 2 เท่าตัว อย่างไรก็ตามหากจะให้เห็นผลการลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำอย่างชัดเจน พื้นที่นั้นๆ จะต้องมีทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ระดับทองแดงในทุกหมู่บ้าน หรือระดับทอง/เงินในทุกตำบล

เอกสารอ้างอิง

(1) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การตกน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย. ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.

(2) สุชาดา เกิดมงคลการ. จำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ พ.ศ. 2546-2559 [เอกสารไม่ตีพิมพ์]. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560.

(3) ส้ม เอกเฉลิมเกียรติ. ทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก. ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.

(4) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2547-2558 [ไฟล์ข้อมูล]. กรุงเทพมหานคร: กองนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

(5) สำนักระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (Injury Surveillance System: IS) ปี พ.ศ. 2556 [ไฟล์ข้อมูล]. กรุงเทพมหานคร: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.

(6) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556: การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY). ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2559.

(7) Preventing drowning: an implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

(8) กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป สำนักโรคไม่ติดต่อ. เวทีสัมมนา Merit Maker...Drown No More “สานพลังผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ” ปี 2561 [เอกสารไม่ตีพิมพ์], 25.

(9) กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป สำนักโรคไม่ติดต่อ. สรุปผลการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ (ประจำปีงบประมาณ 2561) [เอกสารไม่ตีพิมพ์], 2561.

(10) กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป สำนักโรคไม่ติดต่อ. สรุปผลการดำเนินงานผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ (ประจำปีงบประมาณ 2561) [เอกสารไม่ตีพิมพ์], 2561.

ตัวอย่างการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำของทีมผู้ก่อการดี

3. การเยี่ยมติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยคณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติ ว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (United Nations Interagency Task Force (UNIATF) on NCDs)

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่าร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย กลุ่มโรคไม่ติดต่อสำคัญที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง กลุ่มโรคทั้งสี่มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพร่วมกันคือปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย การขาดกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สอดคล้องกับอัตราความชุกของโรคอ้วนที่เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้านยังส่งผลต่อการได้รับเกลือและโซเดียมสูงที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคไม่ติดต่ออีกด้วย กลุ่มโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญต่อภาระโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลกได้รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (WHO NCD Progress Monitor Report) ชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าของประเทศไทยเป็นอันดับ 3 ของโลกร่วมกับฟินแลนด์และนอร์เวย์ และเป็นอันดับ 1 ในอาเซียน ซึ่งประเทศไทยมีประสบการณ์ที่โดดเด่นในการจัดการด้านโรคไม่ติดต่อ มีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้วยความร่วมมือจากทางภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม สถาบันการศึกษา และสื่อสารมวลชน การให้ความสำคัญกับการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยง และการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งการจัดให้มีการป้องกันควบคู่ไปกับการรักษาถือเป็นความท้าทายของประเทศไทยที่จะบรรลุถึงศักยภาพทั้งเชิงเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศไปสู่ความยั่งยืน

ภารกิจหลักในการเยี่ยมติดตามการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ของคณะทำงาน UNIATF มีประเด็นสำคัญในการติดตาม คือ กลไกการขับเคลื่อนงานโรค NCDs การขับเคลื่อนมาตรการทางภาษีเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การดำเนินงานลดโรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงในโรงเรียน การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในภาคอุตสาหกรรม และการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพให้เน้นด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค NCDs มากขึ้น ภารกิจสำคัญในครั้งนี้ คือการเข้าเยี่ยมคารวะ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี โดยท่านนายกรัฐมนตรีได้กล่าวโอวาทไว้ว่า **"รัฐบาลไทยให้ความสำคัญต่อปัญหาเรื่องโรค NCDs โดยกำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้อง และได้มอบนโยบายให้กับกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการขับเคลื่อน มุ่งเน้นการป้องกันก่อนรักษาและรักษาด้วยคุณภาพ ในงบประมาณที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาให้เกิดความยั่งยืนและครบวงจร และต้องมีการจัดลำดับความจำเป็นและการใช้งบประมาณที่เหมาะสม"** และ พญ.ซอมญ่า สวามินาทาน รองผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกและคณะทำงาน UNIATF ได้กล่าวชื่นชมการทำงานด้านสาธารณสุขของไทย ที่เน้นการสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพแก่ประชาชน

คณะทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เข้าเยี่ยมคารวะ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ณ ทำเนียบรัฐบาล

สำหรับภารกิจสำคัญอื่นๆ ของคณะทำงาน UNIATF ได้เข้าร่วมประชุมกับตัวแทนจากกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรจากภาคประชาสังคม ตัวแทนจากภาคส่วนเอกชน และสถาบันวิชาการ แสดงให้ประจักษ์ว่าประเทศไทยมีประสบการณ์ที่โดดเด่นในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุข ซึ่ง รัฐบาลไทยเล็งเห็นความสำคัญโดยได้ออกมาตรการที่สำคัญเพื่อปกป้องประชาชนจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนี้ การยกระดับกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการห้ามใช้ไขมันทรานส์ การใช้มาตรการทางภาษีสำหรับเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย การจำกัดการทำการตลาดของอาหารทดแทนนมแม่ ทั้งยังให้ความสำคัญต่อบริการการรักษาโรค NCDs โดยมีระบบสาธารณสุขมูลฐานและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ให้เป็นไปในทางเดียวกัน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลง 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573 และการดำเนินมาตรการต่างๆ ตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ถือว่าประสบความสำเร็จระดับหนึ่งแล้วนั้น

คณะทำงาน UNIATF เล็งเห็นว่าถึงแม้การดำเนินงานของไทยจะมีความก้าวหน้าอยู่มาก แต่ก็ยังคงมีโอกาสในการพัฒนายิ่งขึ้นไปได้อีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับภาคส่วนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขโดยตรง ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อประเทศไทยสามารถยกระดับขีดความสามารถในการรับมือกับโรค NCDs โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ เสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางว่าด้วยการป้องกันควบคุมโรค NCDs ขึ้นใหม่ ซึ่งประกอบไปด้วยกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยมีอำนาจในการกำกับติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เร่งรัดการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ในระดับท้องถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมยาสูบและคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด สร้างความยั่งยืนในกลไกทางการเงินเพื่อป้องกันการควบคุมโรค NCDs รวมถึงกองทุนด้านสุขภาพต่างๆ ให้มีการแต่งตั้งผู้แทนระดับสูงด้านโรค NCDs จากกระทรวงต่างๆ เพื่อให้มีหน้าที่รับผิดชอบต่อการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการกำกับทิศทางระหว่างกระทรวงที่จะตั้งขึ้น

คณะทำงาน UNIATF ได้เข้าร่วมประชุมกับตัวแทนจากกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรจากภาคประชาสังคม ตัวแทนจากภาคส่วนเอกชน และสถาบันวิชาการ ระหว่างวันที่ 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2562

4. การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

โรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อได้ถูกยกระดับเป็นวาระสำคัญระดับโลกที่องค์การสหประชาชาติให้ความสำคัญ ซึ่งในที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2554 ได้มีการรับรองและประกาศปฏิญญาทางการเมืองว่าด้วยการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยมีเป้าหมายลดการตายก่อนวัยอันควร ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 และในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยโดยนายกรัฐมนตรีได้ประกาศรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ต่อที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ครั้งที่ 70 ทั้งนี้คณะทำงานด้านโรคไม่ติดต่อขององค์การสหประชาชาติ (UNIATF) มีกำหนดติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระหว่างวันที่ 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2561 และจะมีการประชุม The Third High-level Meeting on NCDs ในวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2561 ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อประกาศความก้าวหน้าในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย SDGs ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาประเทศไทยมีความก้าวหน้าเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาและบรรลุตามเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับการผลักดันเชิงนโยบาย และมีความเข้มแข็งของการทำงานข้ามภาคส่วนในทุกระดับกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1594/2560 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

2. ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ครั้งที่ 1/2560 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ตามคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรค NCDs 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ที่ 1/2561 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

4. มีการดำเนินมาตรการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นรายประเด็น โดยมีการดำเนินการผ่านทั้งกลไกภาครัฐ และการขับเคลื่อนผ่านสมัชชาสุขภาพ ที่มีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน เช่น ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ เป็นต้น

5. ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรม ที่สนับสนุนแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2561 เน้นประเด็นปัญหาอุปสรรคในการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหารือวิธีการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยจะใช้เป็นข้อมูลเตรียมนำเสนอในการประชุมครั้งต่อไป

6. ดำเนินการจัดการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนฯ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ณ โรงแรมริชมอนด์ สไตล์ลิช คอนเวนชั่น จังหวัดนนทบุรี เพื่อร่วมพิจารณาหารือข้อเสนอรายยุทธศาสตร์ และจัดทำข้อมูลนำเข้าการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

7. ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ครั้งที่1/2561 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

8. ปรึกษาหารือ เรื่อง ข้อเสนอต่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9. จัดทำวีดิทัศน์เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย เสนอคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2561

การประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปีฯ ครั้งที่ 1/2561 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ณ โรงแรมริชมอนด์ สไตล์ลิช คอนเวนชั่น จังหวัดนนทบุรี

5. การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย

ปัญหาจากการได้รับเกลือและโซเดียมสูงของคนไทย ที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ถึงร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรไทย และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นที่คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 36 ล้านคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 44 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งผลการสำรวจของกรมอนามัย พบว่า คนไทยได้รับโซเดียมโดยเฉลี่ยสูงถึง 4,351.7 มก./วัน เกินจากข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้กว่า 2 เท่า

ในขณะที่ปัจจุบันประชาชนมีรูปแบบการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคอาหารทั้งของตนเองและครอบครัว จากรายงานการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนไทยต่อการใช้จ่ายและการบริโภคพบว่าร้อยละ 43.05 ไม่ประกอบอาหารเอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำได้รับอาหารที่มีโซเดียมสูง ทั้งจากอาหารจานด่วน อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารแช่เย็นต่างๆ ในขณะวัยเด็กเองก็มีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมเช่นกันซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจ ถึงโทษและภัยจากการได้รับโซเดียมในปริมาณสูงรวมไปถึงการขาดการควบคุมโฆษณาที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารดังกล่าว ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักจะกลายเป็นความเคยชินติดตัวเด็กไปจนวัยผู้ใหญ่ซึ่งยากต่อการปรับเปลี่ยนในอนาคต โดยผลการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่าเด็กเล็กอายุ 2-4 ปีบริโภคขนมกรุบกรอบสูงถึงร้อยละ 49.2 และในจำนวนนี้บริโภคทุกวัน ร้อยละ 30.2

เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยโดยปี 2561 ได้มีการประชุมคณะกรรมการฯ ได้ให้การรับรองแผนปฏิบัติการภายใต้แผนปฏิบัติการแยกตามยุทธศาสตร์ย่อย SALTS และให้ความเห็นชอบต่อเป้าหมายระยะสั้น (Quick win) เพื่อให้เป็นทิศทางในการดำเนินงานโดยมีความสำเร็จและผลงานเด่นที่ผ่านมาดังนี้

- ขับเคลื่อนให้มีการปรับปรุงกฎระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อสนับสนุนการลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร อุตสาหกรรม ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- ขับเคลื่อนให้มีการปรับเปลี่ยน การปรับลดค่าปริมาณโซเดียมในข้อกำหนดสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จากเดิม 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน เป็น 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน

- ผลักดันให้มีการใช้ฉลากทางเลือกสุขภาพ (Healthier Logo) โดยสมัครใจ และขยายจำนวนกลุ่มผลิตภัณฑ์ ที่บังคับการแสดงฉลากแบบ GDA

- จัดเวทีหารือผู้ประกอบการเพื่อจัดทำเป้าหมายเชิงสมัครใจในการลดปริมาณโซเดียมในอาหารสำเร็จรูป โดยมุ่งเน้นอาหารกลุ่มเสี่ยง 4 ชนิด ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว อาหารกึ่งสำเร็จรูป เครื่องปรุงรส อาหารแช่เย็นและแช่เข็ง โดยเฉพาะอาหารกลุ่มสำเร็จรูป บะหมี่และก๋วยเตี๋ยวสำเร็จรูป รวมทั้งกลุ่มผลิตภัณฑ์โจ๊ก ข้าวต้มสำเร็จรูป

- กำหนดให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงอาหารของทุกหน่วยงานในพื้นที่กระทรวงปรับปรุงสิ่งแวดล้อม โดยลดการใช้เครื่องปรุงและเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูง พร้อมจัดทำแนวทางโดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

- ปรึกษาหารือเพื่อปรับปรุงเนื้อหาการเรียนการสอน ของหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ

- การดำเนินงาน “โครงการชุมชนลดเค็ม ลดโรค ต้นแบบ” ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับความดันโลหิต ด้วยการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ด้วยมาตรการที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ความตระหนักโดยบุคลากรทางแพทย์ เพื่อสร้างค่านิยมการบริโภคในท้องถิ่น, 2) การแสดงให้เห็นปริมาณโซเดียมที่มีในอาหาร ด้วยเครื่องวัดความเค็ม หรือ Salt meter และ 3) การปรับสูตรเพื่อลดปริมาณโซเดียมในอาหารชุมชน ซึ่งในปี พ.ศ. 2561 ดำเนินการในตำบลนำร่อง 3 แห่งคือ ตำบลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี, ตำบลห้วยยอด จังหวัดตรังและตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี โดยตั้งเป้าหมายลดโซเดียมลงร้อยละ 20 เพื่อลดระดับความดันโลหิตตัวบนลง 10 และตัวล่าง 5 มิลลิเมตรปรอท

- การดำเนินงาน “โรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (3) ดี” ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานบริการเป็นแหล่งของอาหารโซเดียมต่ำ โดยกำหนดให้อาหารทั่วไปสำหรับผู้ป่วยใน ต้องปรับลดปริมาณโซเดียมลงอย่างน้อยร้อยละ 15 และร้านค้าทุกร้านในสถานบริการต้องจัดให้มีอาหารลดปริมาณโซเดียม ที่ได้รับการรับรองจากสถานบริการ โดยได้จัดทำหนังสือขอความร่วมมือไปที่สำนักงานสาธารณสุข 76 จังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ จำนวน 83 แห่ง ไปเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยได้จัดทำแนวทางการดำเนินงาน “โรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (3) ดี” พร้อมทั้งจัดอบรมบุคลากรฝ่ายโภชนาการของสถานบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั่วประเทศ จำนวน 4 ครั้ง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินงาน “โรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (3) ดี” กรมควบคุมโรค ได้ให้ความสำคัญและกำหนดให้เป็นโครงการติดดาว อีกด้วย

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นพ. ปิยะสกล สกลสัตยากร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตรวจเยี่ยมบูธการลดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร ในการตรวจเยี่ยมกรมควบคุมโรค ณ สถาบันบำราศนราดูร เมื่อวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2561

การประชุมคณะกรรมการนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ ครั้งที่ 1/2560 ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ส่วนที่ 3

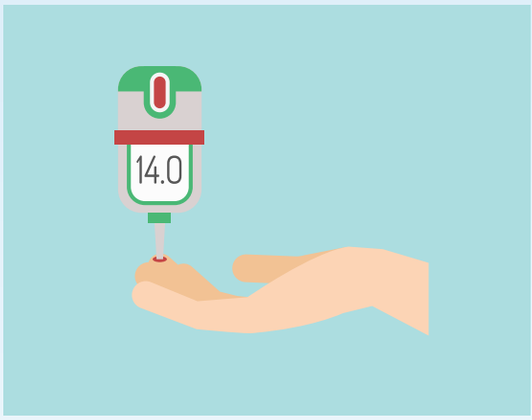
งบประมาณ และการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปี พ.ศ. 2561

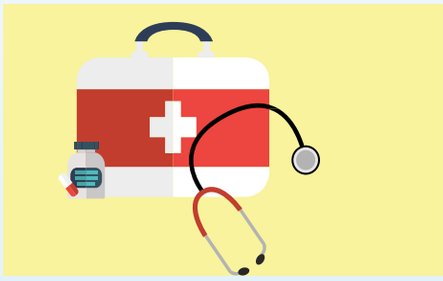
งบรายจ่าย/ผลผลิต	เงินประจำงวด (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	การเบิกจ่าย (ร้อยละ)
1. งบบุคลากร	**7,969,816.66**	**7,969,816.66**	**100.00**
ผลผลิต 17.1 ค่าใช้จ่ายบุคลากรในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	7,969,816.66	7,969,816.66	100.00
2. งบดำเนินงาน	**38,933,909.98**	**38,768,555.48**	
2.1 งบภารกิจประจำ	292,374.00	292,374.00	100.00
ผลผลิต 17.1 ค่าใช้จ่ายบุคลากรในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	292,374.00	292,374.00	100.00
2.2 งบขั้นต่ำ	1,961,300.00	1,961,300.00	100.00
ผลผลิต 17.1 ค่าใช้จ่ายบุคลากรในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	1,961,300.00	1,961,300.00	100.00
2.3 งบผลผลิต	36,055,597.98	35,904,773.70	99.58
ผลผลิต 1.1 พัฒนาและสนับสนุนกระบวนการจัดทำผลิตภัณฑ์และจัดการความรู้ของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกรม เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	1,869,210.14	1,869,210.14	100.00
ผลผลิต 2.1 พัฒนาและบริหารจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	36,580.00	36,580.00	100.00
ผลผลิต 2.2 เสริมสร้างศักยภาพ พัฒนาความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	18,503,282.14	18,503,282.14	100.00
ผลผลิต 3.2 ถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีคุณภาพ	500,000.00	499,999.23	99.99
ผลผลิต 6.2 พัฒนาศูนย์กลางการศึกษาและฝึกอบรมด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับนานาชาติ	189,225.00	189,225.00	100.00
ผลผลิต 8.1 พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและพัฒนาทักษะชีวิตในกลุ่มวัยเรียน	6,062,614.70	6,062,614.70	100.00
ผลผลิต 10.1 พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงาน	8,894,686.00	8,743,862.49	98.30

งบรายจ่าย/ผลผลิต	เงินประจำงวด (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	การเบิกจ่าย (ร้อยละ)
2.4 งบสาธารณูปโภค	**624,638.00**	**610,107.78**	**97.67**
ผลผลิต 1.1 พัฒนาและสนับสนุนกระบวนการจัดทำผลิตภัณฑ์และจัดการความรู้ของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกรม เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	602,000.00	587,469.78	97.58
ผลผลิต 2.2 เสริมสร้างศักยภาพ พัฒนาความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	22,638.00	22,638.00	100.00
3. งบลงทุน	**1,000,072.00**	**1,000,072.00**	**100.00**
ผลผลิต 2.1 พัฒนาและบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ	28,400.00	28,400.00	100.00
ผลผลิต 2.5 พัฒนาและให้บริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	356,310.00	356,310.00	100.00
ผลผลิต 3.2 ถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีคุณภาพ	46,100.00	46,100.00	100.00
ผลผลิต 4.1 บริการรักษาฟื้นฟูสภาพเฉพาะโรคในกลุ่มโรคติดต่อสำคัญ โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพของหน่วยงานเพื่อสร้างมาตรฐานระบบบริการ	569,262.00	569,262.00	100.00
4. งบรายจ่ายอื่น	**608,000.00**	**607,999.97**	**99.99**
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการต่างประเทศชั่วคราว **ผลผลิต 1.1** พัฒนาและสนับสนุนกระบวนการจัดทำผลิตภัณฑ์และจัดการความรู้ของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกรม เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	608,000.00	607,999.97	99.99
รวมทั้งสิ้น (บาท)	**48,511,798.64**	**48,346,444.11**	**99.66**

หมายเหตุ:

1. ตามมติคณะรักษาความสงบแห่งชาติ เป้าหมายอัตราการเบิกจ่ายสะสม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สิ้นไตรมาส คือ ไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 30 ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 52 ไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 73 ไตรมาสที่ 4 ร้อยละ 96
2. การจัดกลุ่มผลผลิต ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค อ้างอิงเกณฑ์ สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี


14.0



ส่วนที่ 4

การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ 5 มิติ

การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ 5 มิติ

โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชาชนไทยทุกกลุ่มวัยในอันดับต้นๆ จากรายงานการประเมินภาระโรคด้วยปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) ของประชากรไทย ครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 รายงานความสูญเสีย ปีสุขภาวะโดยรวมของประชาชนไทยคิดเป็น 14.9 ล้านปีสุขภาวะ โดยมาจากการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 10.1 ล้านปี และการสูญเสียปีสุขภาวะจากความบกพร่องทางสุขภาพ 4.8 ล้านปี ความสูญเสียดังกล่าวมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุทางถนนและการจมน้ำในเด็ก ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกลุ่มอายุ

การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บที่เป็นปัญหาสำคัญดังกล่าว สำนักโรคไม่ติดต่อได้ดำเนินการโดยอาศัยกรอบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 มิติ ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยต้นเหตุ พฤติกรรมเสี่ยง การตอบสนองของแผนงานโรค การป่วย ตายหรือพิการ และเหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด ใน 4 เรื่อง ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน เด็กจมน้ำและการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ รายละเอียดดังต่อไปนี้

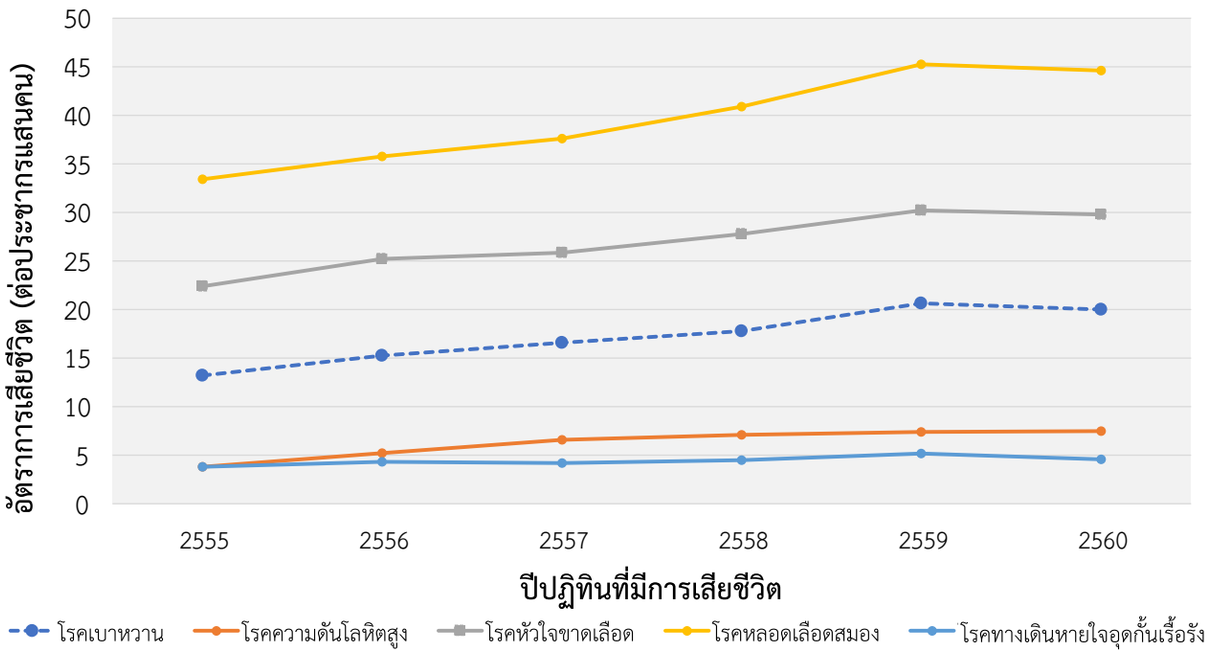
การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

1. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2561

ในปี พ.ศ. 2558 กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกประมาณ 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปี ประมาณ 15 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ซึ่งมีแนวโน้มการเสียชีวิตก่อนวันอันควรกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากมติการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 53 พ.ศ. 2543 ได้รับรองยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่เรียกว่า “4×4×4 model” โดยเน้นไปที่ 4 โรคหลัก คือโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคมะเร็ง, และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง, 4 ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ คือภาวะไขมันในเลือดสูง, ภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน และ 4 พฤติกรรมเสี่ยงหลัก คือ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ต่อมาในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 66 พ.ศ. 2556 ได้มีมติรับรองกรอบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อภายใต้การมีส่วนร่วมจากประเทศสมาชิกต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย ขององค์กรภายใต้องค์การสหประชาชาติ องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ และองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดสำหรับการกำกับติดตามประกอบไปด้วย 25 ตัวชี้วัดระดับโลก ภายใต้ 9 เป้าหมายระดับโลกขึ้นมา โดยมีเป้าหมายในวัดความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เมื่อสิ้นสุด พ.ศ. 2568[1]

สถานการณ์ในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากโรค NCDs ที่สำคัญเพิ่มขึ้นในประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2558-2559 โดยในปี พ.ศ. 2559 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 117.7 48.7 และ 32.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ สำหรับโรคเบาหวานแม้จะไม่ได้เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตใน 3 อันดับแรก อย่างไรก็ตาม ระยะเวลา 2 ปี (พ.ศ. 2558-2559) พบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น พ.ศ. 2559 อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเท่ากับ 22.3 ต่อประชากรแสนคน[2] สำหรับอัตราป่วยจากข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ พ.ศ. 2555-2559 พบอัตราป่วยของผู้ป่วยในสูงสุด 3 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคไตวาย ซึ่งพบแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยจากการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในค่อนข้างต่ำ และในระยะเวลา 5 ปี พบมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก[3] ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แผนภาพที่ 8 อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) ต่อประชากรแสนคน จากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2560



แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561
วิเคราะห์: กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา

1.1 สถานการณ์ป่วย/ตาย (Morbidity/mortality)

1.1.1 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ในปี พ.ศ. 2557 เป็นลำดับที่ 2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.3 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 รองจากอุบัติเหตุทางถนน นอกจากนั้น ยังเป็นลำดับที่ 1 ของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวันอันควร (YLL) ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 9.5[2] เมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) ในปี พ.ศ. 2555-2560 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2560 มีการเปลี่ยนแปลงลดลงเล็กน้อย ตามแผนภาพที่ 8 โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 31,172 ราย (47.8 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 15,863 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 44.6 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนการเสียชีวิตเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:2.1 ซึ่งหมายถึงการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองใน ปี พ.ศ. 2560 เกิดในผู้ชายเป็น 2 เท่าของผู้หญิง

1.1.2 สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตซึ่งมีการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ในปี พ.ศ. 2557 เป็นลำดับที่ 4 เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.3 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 และจากข้อมูลจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวันอันควร (YLL) ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 6.1 และ 6.0 ตามลำดับ[2] ซึ่งเมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) ในปี พ.ศ. 2555-2560 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2560 ตามแผนภาพที่ 8 โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 20,745 ราย (31.8 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 10,597 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 29.8 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนการเสียชีวิตเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:2.6 แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2560 ผู้ชายเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของผู้หญิง

1.1.3 สถานการณ์โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอีกโรคหนึ่งของประชากรไทยที่จัดอยู่ลำดับต้นๆ จากรายงานการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ในปี พ.ศ. 2557 เป็นลำดับที่ 3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 และเป็นลำดับที่ 2 ของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวันอันควร (YLL) ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 7.9[2] ซึ่งเมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) ในปี พ.ศ. 2555-2560 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2560 ตามแผนภาพที่ 8 โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 14,322 ราย (22.0 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 7,112 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 20.0 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนการเสียชีวิตเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.1 แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้เสียชีวิตระหว่างผู้ชายกับผู้หญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

1.1.4 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงหรือภาวะความดันโลหิตสูงจัดเป็นภัยเงียบที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น จากข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2555-2560 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2560 ตามแผนภาพที่ 8 โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 8,525 ราย (13.1 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 2,677 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 7.5 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนการเสียชีวิตเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:1.6

1.1.5 สถานการณ์โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง

โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอีกโรคหนึ่งของประชากรไทย จากรายงานการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย (DALYs) ในปี พ.ศ. 2557 พบเป็นลำดับที่ 10 เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.3 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 และจัดเป็นลำดับที่ 10 ของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวันอันควร (YLL) ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 2.8[2] ซึ่งเมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) ในปี พ.ศ. 2555-2560 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มคงที่ โดยมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ตามแผนภาพที่ 8 โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 6,762 ราย (10.4 ต่อประชากรแสนคน) เป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี จำนวน 1,626 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 4.6 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนการเสียชีวิตเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:4.3 แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้ชายพบมากเป็น 4 เท่าของผู้หญิง

1.2 สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behavior)

การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพในการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยการบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

1.2.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จากรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2547-2560 พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 23.0 เป็นร้อยละ 19.1 โดยการแบ่งประเภทเป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน หมายถึงผู้สูบบุหรี่เป็นประจำและผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2566 ของสำนักงานสถิตแห่งชาติ พบความชุกของการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงเท่ากับ 37.7 สูบเป็นประจำ 33.4% และสูบบุหรี่นานๆ ครั้ง 4.3% ส่วนเพศหญิงมีความชุกการสูบบุหรี่ต่ำกว่าเพศชายและมีแนวโน้มลดลงจากความชุก 2.6 ในพ.ศ. 2547 เป็นความชุก 1.7 พ.ศ. 2560 สูบบุหรี่เป็นประจำ 1.4 % และสูบบุหรี่นานๆ ครั้ง 0.3% เมื่อพิจารณาการพยายามเลิกสูบบุหรี่ในผู้ใช้ยาสูบปัจจุบัน พบว่าร้อยละ 31 คิดจะเลิกแต่ไม่ใช่ภายใน 12 เดือนนี้ และร้อยละ 27 ยังไม่คิดจะเลิก ส่วนการคิดจะเลิกภายใน 30 วัน และคิดจะเลิกภายใน 12 เดือนข้างหน้า พบมีเท่ากัน คือร้อยละ 21 สำหรับความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในคนที่ไม่สูบบุหรี่ใน 30 วันที่ผ่านมา พบร้อยละ 72.6 โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี เป็นกลุ่มอายุที่มีความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองสูงที่สุด (ร้อยละ 84.3) ซึ่งสถานที่ได้รับควันบุหรี่ของผู้ได้รับควันบุหรี่บ่อยที่สุดคือ ที่บ้าน (ร้อยละ 56.3) รองลงมาคือ ที่ทำงาน (ร้อยละ 46.1) และที่ร้านอาหาร (ร้อยละ 35.6)[4]

1.2.2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพศชายยังคงเป็นเพศที่พบความชุกการดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์สูงที่สุด รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุกของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเท่ากับ 38.9 โดยเป็นความชุกของการดื่มในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบความชุกได้ตั้งแต่กลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15-29 ปี) ถึงกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 30-44 ปี และ 45-59 ปี) ซึ่งความชุกที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดคือกลุ่มอายุ 30-44 ปี เท่ากับร้อยละ 46 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี และกลุ่มอายุ 45-59 ปี เท่ากับร้อยละ 44.4 และ 39.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามภาคของประเทศไทย พบมีความชุกรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทั้งในช่วง 12 เดือนและ 30 วันที่ผ่านมา ภาคเหนือเป็นภาคที่มีความชุกสูงที่สุด สำหรับความชุกของการดื่มอย่างหนักใน 30 วันที่ผ่านมา เพศชายมีความชุก 19.4 โดยจะพบความชุกสูงสุดในกลุ่มวัยทำงาน ช่วงกลุ่มอายุ 30-44 ปี ร้อยละ 28 และเพศหญิงพบความชุก 2.9 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดได้แก่ กลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุก 4.9 เกี่ยวกับปัญหาการเสี่ยงต่อการติดสุรา โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ, กลุ่มผู้ดื่มแบบเสี่ยง, กลุ่มผู้ดื่มแบบอันตราย, และกลุ่มผู้ดื่มแบบติดสุรา ซึ่งพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปส่วนใหญ่เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 72.1 โดยหนึ่งในสามของเพศชายจะเป็นผู้ดื่มระดับเสี่ยงขึ้นไป ซึ่งพบได้สูงในกลุ่มอายุ 30-44 ปี และมีสัดส่วนกลุ่มที่ดื่มเสี่ยงแบบอันตราย และแบบติดสุราสูงสุด

1.2.3 การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป วันละ 30 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 5 วัน ซึ่งความชุกของการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมากพบร้อยละ 42.6 และระดับเกณฑ์ปานกลางร้อยละ 38.2 ซึ่งสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน และการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น กลุ่มอายุที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 30-44 ปี เมื่อพิจารณาจำแนกตามภาค จะพบว่าทุกภาคมีสัดส่วนที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอค่อนข้างสูง โดยจะพบการมีกิจกรรมทางกายระดับมากสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 19.2 กลุ่มอายุที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอสูงที่สุดคือกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยสัดส่วนจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น[4]

1.2.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 เป็นการสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวนมื้อที่รับประทานอาหาร และการเลือกแหล่งอาหารในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบประชากรไทยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อร้อยละ 76 มื้ออาหารที่มีการงดมากที่สุดได้แก่ อาหารมื้อเช้า (ร้อยละ 53.5) รองลงมาคือ มื้อกลางวัน (ร้อยละ 29.6) และมื้อเย็น (ร้อยละ17.4) โดยในช่วงอายุน้อยกว่า 60 ปี อดอาหารมื้อเช้ามากกว่ามื้ออื่น เพศชายจะอดอาหารมื้อเช้าในสัดส่วนที่น้อยกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ในขณะที่เพศหญิงจะเลือกอดอาหารมื้อเย็นในสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย สำหรับประเภทของอาหารในวันทำงาน ประชาการส่วนใหญ่เลือกทำรับประทานเองที่บ้านในมื้อเย็น นอกจากนี้ยังพบว่าแหล่งอาหารมื้อเย็นที่รับประทานนอกบ้านในวันทำงานจะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ โดยกลุ่มอายุ 15-29 ปี มักจะรับประทานอาหารตามสั่งสูงที่สุด ส่วนกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป เลือกรับประทานอาหารในตลาดและร้านอาหารตามสั่งในสัดส่วนที่ต่างกันเล็กน้อย สำหรับการรับประทานผักและผลไม้ พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป รับประทานผักเฉลี่ยวันละ 2.2 ส่วน และมีการรับประทานผลไม้เฉลี่ยวันละ 1.5 ส่วน ซึ่งต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ต้องรับประทาน ซึ่งเมื่อคำนวณส่วนของการรับประทานผักและผลไม้รวมกันในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบรับประทานเฉลี่ยวันละ 3.7 ส่วน โดยต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ต้องรับประทาน อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการรับประทานผักและผลไม้จะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป

1.2.5 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.6 กก./ตร.เมตร โดยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนมีค่าสูงสุดในกลุ่มอายุ 30-59 ปี เมื่อพิจารณาภาวะโภชนาการตามระดับ BMI พบว่าเพศชายร้อยละ 10 และเพศหญิงร้อยละ 8.6 มีค่า BMI น้อยกว่า 18.5 กก./ตร.เมตร ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ส่วนเพศชายร้อยละ 57.2 และเพศหญิงร้อยละ 49.6 มีค่า BMI 18.5-25 กก./ตร.เมตร สำหรับสถานการณ์ภาวะอ้วน พบความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (BMI ≥ 25 kg/m^2) ในเพศชายร้อยละ 32.9 และในเพศหญิงร้อยละ 41.8 โดยความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาเส้นรอบเอวเพื่อดูความชุกของภาวะอ้วนลงพุง พบว่าเส้นรอบเอวของประชากรชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเท่ากับ 82.4 ซม. และ 81.1 ซม. ตามลำดับ ซึ่งในกลุ่มอายุ 15-59 ปี เพศชายจะมีเส้นรอบเอวใหญ่กว่า

เพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงจะมีเส้นรอบเอวใหญ่กว่าเพศชายเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป โดยหากพิจารณาความชุกภาวะอ้วนลงพุง พบว่าเพศหญิงจะมีภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ เนื่องมาจากจุดตัดของภาวะอ้วนลงพุงในเพศหญิงและเพศชายต่างกัน โดยจะพบภาวะอ้วนลงพุงสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 52.2 ในเพศหญิงมีร้อยละ 70 และเพศชายพบร้อยละ 32.1[4]

1.2.6 ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 98.1 มก./ดล. ซึ่งระดับน้ำตาลเฉลี่ยเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยระดับน้ำตาลจะสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose, IFG) ซึ่งภาวะนี้จะบ่งชี้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคต หากไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบความชุกของภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารร้อยละ 14.2 เพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิง และความชุกเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยพบสูงสุดในอายุ 80 ปีขึ้นไป[4]

1.2.7 ภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต systolic และ diastolic เฉลี่ยของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 121.8 และ 75.1 มม.ปรอท ตามลำดับ โดยผู้ชายมีระดับความโลหิตสูงกว่าผู้หญิง ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ส่วน diastolic เพิ่มขึ้นตามอายุจนถึงช่วงอายุ 45-59 ปี หลังจากนั้น diastolic จะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกเท่ากับร้อยละ 24.7 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี จากนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป[4]

1.2.8 ภาวะไขมันในเลือดสูง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบระดับเฉลี่ยของคอเลสเตอรอลรวม (TC) ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 196.2 มก./ดล. ค่าเฉลี่ยในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยระดับไขมันโดยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ในเพศชายสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปี และในเพศหญิงสูงสุดในช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาความชุกของภาวะคอเลสเตอรอลสูง หมายถึง ระดับไขมันที่มีคอเลสเตอรอลรวม ≥ 200 มก./ดล. ความชุกในเพศหญิงจะสูงกว่าในเพศชายเล็กน้อย เช่นเดียวกันกับความชุกของภาวะคอเลสเตอรอลที่มีระดับไขมันที่มีคอเลสเตอรอล ≥ 240 มก./ดล. พบความชุกเท่ากับร้อยละ 16.4 ยกเว้นความชุกจะต่ำลงเมื่อมีอายุ ≥ 70 ปี สำหรับระดับไขมัน High Density Lipopotien-Cholesterol (HDL-C) พบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49 มก./ดล. ซึ่งระดับ HDL-C ลดลงเล็กน้อยเมื่อมีอายุมากขึ้น เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะไขมัน HDL-C ต่ำ ซึ่งหมายถึงระดับ HDL-C ในผู้ชายมีค่า < 40 มก./ดล. และในผู้หญิงมีค่า HDL-C < 50 มก./ดล. โดยรวมพบความชุกของการมีภาวะ HDL-C ต่ำ เท่ากับร้อยละ 40.3 และจากการรายงานผลการสำรวจฯ พบว่าเพศหญิงในแต่ละกลุ่มอายุเกือบครึ่งหรือมากกว่าครึ่งมีค่า HDL-C ต่ำกว่า 50 มก./ดล. ในส่วนของไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 137.8 มก./ดล. ระดับเฉลี่ยในเพศชาย (150.9 มก./ดล.) สูงกว่าในเพศหญิง (125.7 มก./ดล.) โดยในเพศชายสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ในขณะที่เพศหญิงสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง โดยจะหมายถึง ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./ดล. จากรายงานพบความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงร้อยละ 31.0 และพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

1.3 สถานการณ์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)

1.3.1 สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย จากผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2560 เมื่อพิจารณาถึงสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุหรือสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในปัจจุบัน (ไม่รวม ไม่ทราบว่ามี/ไม่มีสวัสดิการฯ) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.2) มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหลัก มีเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้นที่ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล สำหรับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.2) เป็นสวัสดิการจากรัฐ คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) รองลงมา คือ ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ (ร้อยละ 13.0 1.6 1.5 และ 0.7 ตามลำดับ) ส่วนลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุพิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุ

ที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 7.7 8.6 และ 8.7 ในปี พ.ศ. 2545 2550 2554 และ 2557 ตามลำดับ ผลสำรวจปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.8 และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน เช่น อยู่กับคู่สมรส/บุตร/พี่/น้อง/ญาติ ผู้ดูแลฯ มีร้อยละ 89.2[5]

1.3.2 แหล่งของเกลือและโซเดียมที่สำคัญ ในการบริโภคมีความแตกต่างกันตามลักษณะภูมิประเทศ และวัฒนธรรม เช่น กลุ่มของประเทศพัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่ได้รับเกลือจากอาหารที่ผ่านกระบวนการสูงถึงร้อยละ 75 ซึ่งอาหารกลุ่มนี้มีโซเดียมอยู่ในปริมาณสูง แม้จะไม่มีรสเค็มก็ตาม ทั้งนี้ถ้าผลิตภัณฑ์อาหารมีเกลือเป็นส่วนประกอบร้อยละ 40 โดยปริมาตรหากเป็นผลิตภัณฑ์กลุ่มเนื้อสัตว์การมีเกลือปริมาณมาก ทำให้น้ำหนักมากขึ้น จากโปรตีนที่อุ้มน้ำ และการบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวจะกระตุ้นให้กระหายน้ำ ส่งผลดีต่อกลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม ไม่ว่าจะเป็นน้ำอัดลม น้ำแร่ และความเคยชินต่อรสเค็มจะทำให้ผลิตภัณฑ์กลุ่มอื่นๆ ที่มีเกลือในปริมาณมากได้รับการยอมรับไปด้วย[6]

การแสดงข้อมูลโภชนาการและปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหาร ในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที จากรายงานวิจัยการสำรวจสถานการณ์ปี พ.ศ. 2555-2558 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยการสำรวจปริมาณโซเดียมที่แสดงบนฉลากโภชนาการของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท พบว่า แหล่งของเกลือและโซเดียมที่ประชาชนไทยได้รับจากผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที 3 อันดับแรก ได้แก่ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป (1,000-1,200 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค) อาหารแช่เย็นแช่แข็ง (400-1,500 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค) และโจ๊กกึ่งสำเร็จรูป (400-1,200 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค) ตามลำดับ [6]

1.3.3 ปริมาณกรดไขมันทรานส์ในอาหารและผลิตภัณฑ์ จากการศึกษาวิจัยโดยกลุ่มวิจัยอาหารเพื่อโภชนาการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาโดยการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหาร 4 กลุ่ม ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ ไขมันและผลิตภัณฑ์นมและผลิตภัณฑ์ และอาหารอื่นๆ รวมทั้งหมด 36 ชนิด ที่จำหน่ายในร้านค้าที่มีชื่อเสียงและร้านค้าทั่วไป ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผลิตภัณฑ์เบเกอรี่ โดนัท (ไส้บาวาเรียน) มีกรดไขมันทรานส์เฉลี่ยสูงสุด (2.22±2.40 กรัม) กลุ่มนมวัว เนยเหลวชนิดจืด (unsalted butter) มีกรดไขมันทรานส์เฉลี่ยสูงสุด 4.77±0.79 กรัม กลุ่มไขมันและผลิตภัณฑ์ เนยขาว (shortening) มีกรดไขมันทรานส์เฉลี่ยสูงสุด 2.61±0.65 กรัม กลุ่มน้ำมันบริโภค น้ำมันถั่วเหลืองมีกรดไขมันทรานส์เฉลี่ยสูงสุด 2.75±0.48 กรัม กลุ่มอาหารอื่นๆ ที่มีกรดไขมันทรานส์สูง คือ พิซซ่าหน้าซีฟู้ด นอกจากนี้เมื่อนำค่าเฉลี่ยไขมันทรานส์ในอาหารและผลิตภัณฑ์มาแสดงในปริมาณต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (อ้างอิงน้ำหนักจากการจัดทำฉลากโภชนาการ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 182 พ.ศ. 2541) แสดงให้เห็นว่าอาหารและผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายในประเทศไทยส่วนใหญ่มีกรดไขมันทรานส์เฉลี่ยต่อหนึ่งหน่วยบริโภคไม่เกิน 0.5 กรัม ยกเว้น โดนัท (ไม่มีไส้) โดนัท (ไส้บาวาเรียน) ครัวซอง และเนยเหลวชนิดจืด (unsalted butter) ทั้งนี้ยังพบว่า อาหารและผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่มีไขมันอิ่มตัวรวมกับกรดไขมันทรานส์เฉลี่ยต่อหนึ่งหน่วยบริโภคเกิน 4 กรัม แสดงให้เห็นว่าอาหารและผลิตภัณฑ์จากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำแนะนำการบริโภคกรดไขมันทรานส์ไม่ควรเกิน 1% ของปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวัน หรือไม่เกินวันละ 2 กรัม (คิดจากพลังงานที่ได้รับต่อวัน 2000 กิโลแคลอรี่) โดยสรุปจากการศึกษาจะเห็นว่าอาหารและผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันมีกรดไขมันทรานส์และกรดไขมันอิ่มตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับส่วนประกอบวัตถุดิบไขมันและน้ำมันที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ และกระบวนการผลิต[7]

1.3.4 ธุรกิจอาหารฟาสต์ฟู้ดส์ในประเทศไทย ยังคงเติบโตได้อย่างต่อเนื่องท่ามกลางภาวะเศรษฐกิจชะลอตัว และกระแสใส่ใจสุขภาพ (Health conscious) ของผู้บริโภคยุคปัจจุบัน โดยมีปัจจัยสนับสนุนมาจากความสามารถในการตอบสนองไลฟ์สไตล์ของกลุ่มลูกค้าเป้าหมายได้ดี โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและครอบตัวยุคใหม่ ซึ่งมักใช้เวลาอยู่นอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ทั้งการรับประทานอาหาร การพบปะพูดคุย หรือกิจกรรมต่างๆ ซึ่งร้านอาหารฟาสต์ฟู้ดเป็นสถานที่ลงตัวเพราะมีบรรยากาศที่ดี ตกแต่งทันสมัย ราคาอาหารไม่แพง เมนูหลากหลาย และสาขาที่กระจายตัวอยู่รอบย่านธุรกิจ ชุมชน ห้างสรรพสินค้าทั่วประเทศ เอื้ออำนวยให้ผู้บริโภคเข้าถึงได้สะดวก ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมาตลาดฟาสต์ฟู้ดในประเทศไทยมีมูลค่าประมาณ 33.9 พันล้านบาท เติบโตเฉลี่ยร้อยละ 9.1 ต่อปี ตามการเพิ่มขึ้นของจำนวนสาขา ควบคู่กับการเปิดตัวเมนูใหม่ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมทางการตลาดและการทำโปรโมชั่นสินค้าที่มีอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ถือเป็นอีกแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้บริโภคให้ความสนใจและเข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้นด้วย[8]

1.3.5 มูลค่าตลาดร้านอาหารปี 2561 ปัจจุบันมีผู้ประกอบการร้านอาหารประกอบธุรกิจในห้างสรรพสินค้าและร้านค้าปลีกขนาดใหญ่มากขึ้น โดยการขยายสาขาของห้างสรรพสินค้าและร้านค้าปลีกขนาดใหญ่ รวมถึงการเพิ่มสัดส่วนพื้นที่ร้านอาหาร ถือเป็นการเปิดพื้นที่สำหรับผู้ประกอบการร้านอาหาร และเพิ่มทางเลือกในการรับประทานอาหารในห้างสรรพสินค้าและร้านค้าปลีกขนาดใหญ่ให้มีความหลากหลายมากขึ้น นอกจากนี้ ต้นทุนการประกอบธุรกิจที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นความท้าทายสำหรับผู้ประกอบการร้านอาหาร ทั้งค่าเช่าพื้นที่ในทำเลศักยภาพที่อยู่ในระดับสูง รวมถึงต้นทุนค่าแรงที่เพิ่มสูงขึ้น ที่ส่งผลต่อผู้ประกอบการร้านอาหารทุกกลุ่ม ศูนย์วิจัยกสิกรไทยคาดว่า มูลค่าตลาดธุรกิจร้านอาหารในปี 2561 น่าจะอยู่ที่ 411,000-415,000 ล้านบาท ขยายตัวร้อยละ 4-5 จากปี พ.ศ. 2560 โดยการขยายตัวส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการผลักดันของต้นทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค่าเช่าพื้นที่ในทำเลศักยภาพ และต้นทุนค่าแรง ที่ส่งผลให้ผู้ประกอบการต้องตั้งราคาอาหารในระดับสูง เพื่อให้ครอบคลุมภาระต้นทุนต่างๆ ที่เพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ ในปี 2561 การขยายสาขาร้านอาหารยังเป็นกลยุทธ์ที่ผู้ประกอบการร้านอาหารให้ความสำคัญ และความท้าทายของผู้ประกอบการอยู่ที่การคัดเลือกทำเลในการขยายสาขาให้สามารถเข้าถึงฐานลูกค้าใหม่ๆ โดยอาจขยายสาขาไปยังพื้นที่ที่การแข่งขันยังไม่รุนแรง รวมถึงอัตราค่าเช่ายังไม่สูงมากนัก ทั้งนี้ยังมีโอกาสขยายสาขาไปยังสถานที่ที่เปิดพื้นที่สำหรับร้านอาหารอย่างสถานีบริการน้ำมันที่มุ่งตอบโจทย์ไลฟ์สไตล์ของผู้คนที่เข้ามาเติมน้ำมันได้อย่างครบวงจร อาคารสำนักงานในพื้นที่ใจกลางเมืองที่ลูกค้ากลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้มีกำลังซื้อ รวมถึงโรงพยาบาลที่มีบริการต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยและผู้มาเยี่ยม[9]

1.3.6 ตลาดขนมหวานจากน้ำตาลในประเทศไทย ในปี 2558 เติบโตขึ้นร้อยละ 4.2 จากปี 2557 โดยมีมูลค่าอยู่ที่ 9,230 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม 2-3 ปีที่ผ่านมาอัตราการเติบโตของขนมหวานจากน้ำตาลอยู่ในช่วงชะลอตัวจากเดิมที่เคยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 6.6 เพราะผู้บริโภคเลือกที่จะซื้อขนมหวานในปริมาณที่ลดลงและเลือกแบรนด์ที่มีราคาถูกกว่า เพื่อนำเงินที่เหลือไปใช้จ่ายกับสินค้าที่มีความจำเป็นมากกว่า ดังนั้นผู้นำตลาดในกลุ่มจึงจำเป็นที่จะต้องกระตุ้นตลาดให้เกิดการบริโภคมากขึ้น เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ การกระจายสินค้าให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ส่วนการทำกิจกรรมการตลาด ผู้นำตลาดส่วนใหญ่ปรับลดการโฆษณาผ่านสื่อมวลชนต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์ แต่เพิ่มงบประมาณในการส่งเสริมการขายแทน นอกจากนี้ โดยปกติอาหารและเครื่องดื่มของไทยมักมีรสชาติหวานนำ ดังนั้นคนไทยจึงมีการบริโภคน้ำตาลที่ค่อนข้างสูงอยู่แล้วในแต่ละวัน ทำให้ผู้บริโภคที่ใส่ใจต่อสุขภาพมีแนวโน้มที่จะบริโภคขนมหวานจากน้ำตาลน้อยลง เพราะมีความกังวลหรือกลัวโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นตามมา เช่น โรคอ้วนและเบาหวาน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องท้าทายของผู้ผลิตที่จะต้องปรับตัวเพื่อหาวิธีรับมือกับกระแสนี้ ซึ่งผู้นำตลาดได้ให้ความสนใจกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์เพื่อให้สอดคล้องกับเทรนด์สุขภาพ เช่น การผลิตลูกอมหรือยาอมปราศจากน้ำตาล หรือใช้สารแทนความหวานเป็นส่วนผสมแทนน้ำตาล ทำให้ยอดจำหน่ายของสินค้ากลุ่มนี้มีการเติบโตขึ้นในปี 2558 เพราะขนมที่ปราศจากน้ำตาลจะถูกมองว่าเป็นขนมที่เหมาะสมสำหรับผู้บริโภคที่ต้องการควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือด[10]

2. ผลการดำเนินงานตามมาตรการ (Program response)

การดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Community Based Intervention for NCDs Controlling: CBI NCDs)

การดำเนินงานชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ (CBI NCDs) เป็นมาตรการเชิงรุกระดับประชากร การป้องกันควบคุมโรคให้ได้ผลและเกิดความยั่งยืนได้จำเป็นต้องอาศัยพลังของประชาชนเป็นรากฐาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เน้นชุมชนเป็นจุดศูนย์กลาง สำนักโรคไม่ติดต่อจัดทำโครงการชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ (CBI NCDs) ด้วยการผลักดันให้ชุมชนดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน มุ่งหวังให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก สามารถดูแลสุขภาพและจัดการกับตนเอง ครอบครัวและชุมชน ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา วิถีชีวิต และบริบทของชุมชน เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 (องค์กรหัวใจดี)

ในปี พ.ศ. 2561 ได้ดำเนินงานในจังหวัดที่มีร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ที่มีระดับความเสี่ยงสูงมาก (≥ 30%) ในจังหวัดที่อยู่ใน 20 ลำดับแรก ได้แก่ จังหวัดจันทบุรี ชัยภูมิ สมุทรสาคร พังงา นครราชสีมา นราธิวาส พัทลุง สงขลา ประจวบคีรีขันธ์ ฉะเชิงเทรา

สมุทรปราการ สุพรรณบุรี กระบี่ นนทบุรี สตูล ชลบุรี สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น นครศรีธรรมราช และภูเก็ต ซึ่งมี 2 จังหวัดที่ดำเนินการตั้งแต่ปี 2560 คือจังหวัดจันทบุรี และพังงา ผู้ร่วมดำเนินการ ได้แก่ อปท.ที่สมัครใจจำนวน 30 แห่ง สสจ. 29 แห่ง และสคร. 9 แห่ง

สิ่งที่ได้จากการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามกระบวนการชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คณะทำงานจากหลายภาคส่วนประเมินและวิเคราะห์ และระบุสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชน จัดทำแผนการดำเนินงาน/แผนปฏิบัติการลดปัญหา NCDs (โรคและพฤติกรรม) มีการวางแผนการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมเป็นระยะ มีการกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

พบว่าหลายแห่งมีนวัตกรรมการดำเนินงาน เช่น กังหันนำโชค ธนาคารน้ำตาล มะนาวแลกใจ นาฬิกา 18 ท่าพาสุขภาพดี ลูกระนาดแห่งความจงรักภักดี ไม่ล้มไม่ลืมไม่เศร้าลด NCDs สังฆทานหัวใจดี บันได 10 ขั้นจิตอาสาสู่การจัดการ NCDs อย่างยั่งยืน หนังสติ๊ก มะกรูด พิชิตชา สารพัดนึก รู้ไหมใครเค็ม เป็นต้น

อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่ามีปัญหา อุปสรรคหลายประการ ที่สำคัญได้แก่ ชุมชนเมืองยากต่อการบริหารจัดการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้เวลาและทำอย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีน้อย ผู้ที่เกี่ยวข้องไม่เข้าใจบทบาทการร่วมดำเนินโครงการ ประชาชนกลุ่มวัยทำงานไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงาน CBI NCDs

สำนักโรคไม่ติดต่อลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงาน CBI NCDs ในพื้นที่เป้าหมายที่เข้าร่วมดำเนินงาน

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease : CVD)

สำนักโรคไม่ติดต่อ โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อได้มีการดำเนินงานภายใต้ 4 มาตรการสำคัญ คือ มาตรการการป้องกัน มาตรการค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ CVD มาตรการการจัดการหลังการประเมิน และมาตรการกลไกระบบบริหารจัดการ ดังนี้

มาตรการป้องกัน เป็นการดำเนินงานในระดับประชากร โดยมีการพัฒนาและผลิตเครื่องมือ สื่อองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนให้กับเครือข่ายสุขภาพและใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับประชาชนทั่วไป เช่น คู่มือการดำเนินงานป้องกัน

ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน สื่อประเภทแผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก อินโฟกราฟฟิก และคลิปวิดีโอ และการเผยแพร่ผ่านนิตยสารสยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์ จุลสารของกรมควบคุมโรค รวมถึงการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้การป้องกันตนเองและการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับประชาชน

มาตรการค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการดำเนินงานในระดับบุคคล โดยประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35- 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการ เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงในระดับสูงมาก (CVD Risk ≥ 30%) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ กำหนดเกณฑ์ความสำเร็จของปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 คือ ≥ ร้อยละ 82.5 พบว่าผลการดำเนินงานเท่ากับร้อยละ 86.23[11] ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้

มาตรการการจัดการหลังการประเมินโอกาสเสี่ยงสูงต่อการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากการประเมินเพื่อค้นหากลุ่มมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับสูงมาก (CVD Risk ≥ 30%) ซึ่งกลุ่มนี้ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน คือ ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลตามปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ภายใน 1 เดือน ตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ แล้วทำการประเมินโอกาสเสี่ยงซ้ำทุก 3 เดือน โดยมีเป้าหมายให้มีระดับความเสี่ยงลดลง < ร้อยละ 30 โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบว่าผลการดำเนินงานสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด [12]

มาตรการกลไกระบบบริหารจัดการ โดยมีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินแบบอย่างที่ดี (Best Practice) ด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ในระดับจังหวัด เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นผู้ประเมินและคัดเลือกระดับจังหวัด ส่วนการคัดเลือกในระดับประเทศ โดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกแบบอย่างที่ดี (Best practice) ด้านการดำเนินงานเพื่อลดโรคหัวใจและหลอดเลือด 4 ด้าน คือ ด้านการออกแบบระบบบริการ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ด้านวิจัยและนวัตกรรม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านการเฝ้าระวัง การใช้ข้อมูล ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และด้านการบูรณาการกับระบบพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ในการประชุมวิชาการ NCD Forum ปี พ.ศ. 2561

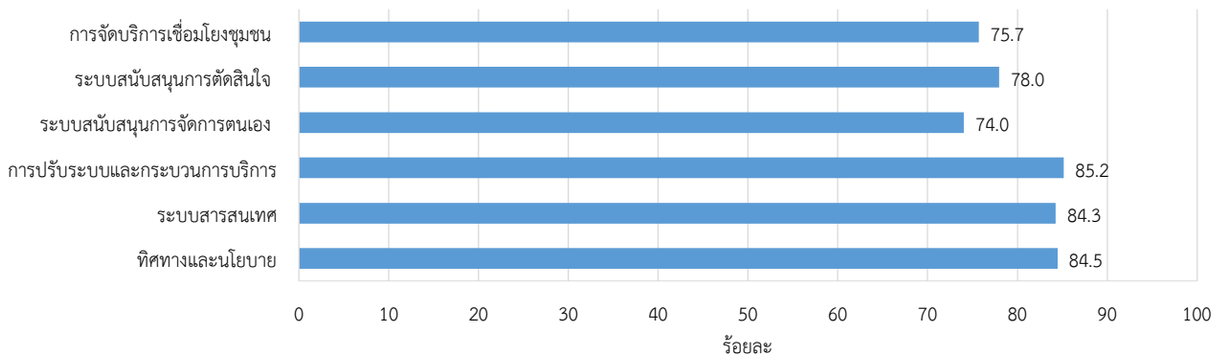
การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกัน ควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในวันหัวใจโลก วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2561 ณ กรมควบคุมโรค

การดำเนินงาน NCD Clinic Plus

สำนักโรคไม่ติดต่อได้พัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง 2559 และพัฒนาการดำเนินงานเป็น NCD Clinic Plus ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ถึงปัจจุบัน โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ประกอบด้วยการประเมินเชิงกระบวนการตาม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ควบคู่กับการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลรักษาของสถานบริการสาธารณสุข โดยกลุ่มเป้าหมายในการประเมิน NCD Clinic Plus เป็น โรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมประเมิน ร้อยละ 99.44 (891 แห่ง) ส่วนที่ยังไม่เข้าร่วมประเมิน ร้อยละ 0.56 (5 แห่ง) ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับ F3 เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กและยังไม่พร้อมเข้าร่วมประเมิน NCD Clinic Plus ซึ่งเป็นการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. 2561 พบว่า โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus (ระดับดีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 64 (567 แห่ง) และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินคิดเป็นร้อยละ 36 (324 แห่ง) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F2, F3) และเมื่อพิจารณาผลการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ (50 คะแนน) พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการประเมินค่อนข้างดี ภาพรวมประเทศคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.20 คะแนน และองค์ประกอบที่มีผลคะแนนประเมินสูงสุด คือ องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ ส่วนองค์ประกอบที่ยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

แผนภาพที่ 9 ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 891 แห่ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561



วิเคราะห์: ณ วันที่ 19 กันยายน 2561 โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผลการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ (50 คะแนน) พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการประเมินค่อนข้างต่ำ ภาพรวมประเทศมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.29 คะแนน และตัวชี้วัดที่มีผลคะแนนประเมินสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg ส่วนตัวชี้วัดที่คะแนนประเมินต่ำสุด 3 อันดับ คือ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL< 100 mg/dl ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง และร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ตารางที่ 4 ร้อยละคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (891 แห่ง) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

ตัวชี้วัดบริการ	ร้อยละ	ตัวชี้วัดบริการ	ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	43.0	9. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	93.7
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	43.9	10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	79.8
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่าLDL < 100 mg/dl	22.8	11. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	29.1
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	68.8	12. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	84.9
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	81.6	13. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	66.5
6. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	91.4	14. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	40.8
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2))	26.1	15. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	92.2
8. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	89.0		

วิเคราะห์: ณ วันที่ 19 กันยายน 2561 โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ในปีงบประมาณพ.ศ. 2561 มีการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคัดเลือกผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ดีเด่นระดับเขตและประเทศ (NCD Clinic Plus Awards) ระหว่างวันที่ 2-3 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงานในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการคัดเลือกตัวแทนโรงพยาบาลที่มีผลการประเมินในระดับดีมากขึ้นไปของระดับเขต 36 แห่ง เข้ารับการคัดเลือกผลงานดีเด่นระดับประเทศ 3 รางวัล แบ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ซึ่งผลการคัดเลือกผลงานดีเด่นระดับประเทศประเภทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ (เขตสุขภาพที่ 9) ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี (เขตสุขภาพ ที่ 8) และประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 12)

กิจกรรมการมอบรางวัล NCD Clinic Plus Award ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2561

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัล NCD Clinic Plus Award ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2561

นอกจากนี้ สำนักโรคไม่ติดต่อได้สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของทีมสหวิชาชีพในการจัดระบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในระบบสุขภาพระดับอำเภอให้มีมาตรฐาน ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยมีรูปแบบการบรรยายและฝึกปฏิบัติ 4 บทเรียน ได้แก่ 1) การสนทนาสร้างแรงจูงใจ/ให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (Motivational Interviewing) 2) การจัดการ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) 3) โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน (Thai DPP Program) 4) การจัดการอาหารที่เหมาะสมสำหรับป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Recommended Diet for NCD) ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมอบรม ทั้งสิ้น 250 คน ภายหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพได้มีการถอดบทเรียนเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับฟังข้อเสนอแนะรวมถึงข้อจำกัดในการนำรูปแบบที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการดำเนินงาน พบว่าเหตุผลที่ได้นำ MI ไปใช้เนื่องจากมีความสอดคล้องกับงาน สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ดี ใช้เวลาสั้นและทำได้ในทุกที่ สำหรับ HBPM สามารถนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยตามความเป็นจริงและเป็นตัวชี้วัดของกระทรวง ส่วน Thai DPP Program และ Recommended Diet for NCD มีกิจกรรมใกล้เคียงกันสามารถสร้างสนุกสนานและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ ดังนั้นการนำรูปแบบไปใช้ในการดำเนินงานทำให้ผู้ป่วยได้รับการ Empowerment การดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งยังช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยดีขึ้น

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจัดเป็นกลุ่มโรคที่พบการเสียชีวิตได้สูง โดยส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันและใช้ระยะเวลามากกว่า 5 ปี ในการส่งผลให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ดังนั้นการดำเนินการเพื่อให้เกิดการป้องกัน และควบคุมโรค โดยลดจำนวนการเพิ่มขึ้นของกลุ่มเสี่ยง ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชนถือเป็นแกนหลักสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดชุมชนที่เข้มแข็ง ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและห่างไกลจากโรคและภัยสุขภาพ อาทิเช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. บุคลากรทางการศึกษา และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนที่มีความรู้ด้านสุขภาพและใกล้ชิดประชาชนในชุมชน โดยควรมีการปฏิบัติ ดังนี้

1) บุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขพัฒนาการจัดบริการที่ส่งเสริมความรู้และทักษะในการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการ/ประชาชน โดยให้ทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมการจัดการตนเอง สามารถใช้แนวทางปฏิบัติตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

2) เครือข่ายในพื้นที่มีการบูรณาการงาน NCD ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น สถานศึกษา อปท. ชุมชน เป็นต้น เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และสร้างความตระหนักต่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใช้ประโยชน์ข้อมูลจากโปรแกรม HDC เพื่อเป็นการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล และเกิดประโยชน์ในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

(1) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ครั้งที่2 “Kick off to the Goals”. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

(2) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถานะสุขภาพคนไทย. Health at a Glance Thailand 2017, 9-11,15. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2561, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health%20at%20a%20glance%20thailand%202017.pdf

(3) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ข้อมูลการป่วยของผู้ป่วยใน. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2559, 14-18. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2561, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2559_full_edit.pdf

(4) วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(5) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป). ผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2560. เข้าถึงได้จาก http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N10-07-61.aspx. มกราคม 11, 2562.

(6) ธิดารัตน์ อภิญญา. (บรรณาธิการ). (2559). ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

(7) วารีทิพย์ พึ่งพันธ์ และคณะ. (ม.ป.ป). ปริมาณกรดไขมันทรานส์ในอาหารและผลิตภัณฑ์ (Trans Fatty Acid In Foods and Food Product). เข้าถึงจาก nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/ฉบับสมบูรณ์ไขมัน.pdf. มกราคม 11, 2562

(8) ศูนย์อัจฉริยะเพื่ออุตสาหกรรมอาหาร. (2560). ธุรกิจอาหารฟาสต์ฟู้ดส์ในประเทศไทย (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://fic.nfi.or.th/MarketOverviewDomesticDetail.php?id=162. มกราคม 11, 2562

(9) ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2561). บทวิเคราะห์แนวโน้มธุรกิจ คาดมูลค่าตลาดร้านอาหารปี’ 61 ขยายตัวร้อยละ 4-5 (กระแสทรรศน์ ฉบับที่ 2904). เข้าถึงได้จาก https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-econ/business/Pages/36839.aspx. มกราคม 11, 2562

(10) ศูนย์อัจฉริยะเพื่ออุตสาหกรรมอาหาร. (2559). ตลาดขนมหวานจากน้ำตาลในประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก http://fic.nfi.or.th/MarketOverviewDomesticDetail.php?id=120. มกราคม 11, 2562

(11) Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk). เข้าถึงได้จากhttps://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=71cf-f4a5f828ddbe688784c2659abfe9. กันยายน 30, 2561

(12) Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานการเปลี่ยน SCORE ลดลงของกลุ่มเสี่ยงและเสี่ยงสูงต่อ CVD (SCORE 4, 5) เปรียบเทียบรอบ 6 เดือน. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d-4b1ec16a599d882b&id=6703e55c9b9f747752088355e9d2d610. กันยายน 30, 2561

การเฝ้าระวังป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

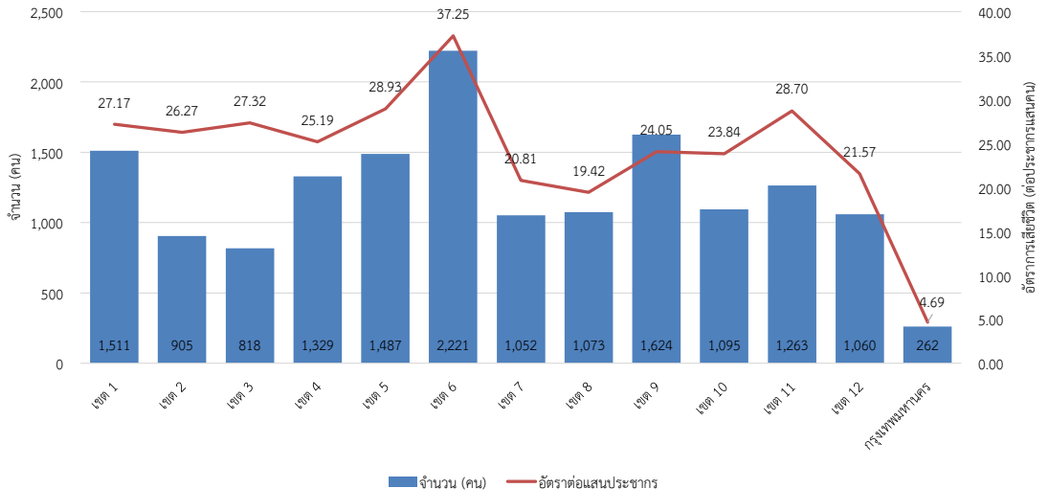
1. สถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกตระหนักและให้ความสำคัญ เพราะทุกครั้งที่เกิดอุบัติเหตุเหตุทางถนนย่อมมีความสูญเสียที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งองค์การอนามัย (WHO) เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่ให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน จึงได้ให้ข้อเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมไปถึงการส่งสัญญาณด้วยการออกรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน (Global Status Report on road safety 2015)

1.1 สถานการณ์ป่วย/ตาย (Morbidity/mortality)

ผลการวิเคราะห์จำนวนการเสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรจากอุบัติเหตุทางถนน จากข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย กระทรวงสาธารณสุข ในภาพรวมประเทศ ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนการเสียชีวิตเท่ากับ 15,700 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 24.08 และเมื่อทำการพิจารณาแยกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่มีจำนวนการเสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 6 แต่เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีจำนวนการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา รองลงมา ได้แก่ จังหวัดชลบุรี และอุบลราชธานี (797 ราย, 662 ราย และ 596 ราย ตามลำดับ) และจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดระยอง รองลงมา ได้แก่ จังหวัดชลบุรี และจังหวัดปราจีนบุรี (60.42, 47.66 และ 46.14 ตามลำดับ)

แผนภาพรูปที่ 10 จำนวนการเสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนจากอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ. 2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ



แหล่งข้อมูล : มรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนจากฐานข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย พบว่า ยานพาหนะที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 70.67 รองลงมา ได้แก่ รถยนต์ และคนเดินเท้า (ร้อยละ 14.05 และ 9.45 ตามลำดับ) โดยกลุ่มอายุที่มีการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.38 รองลงมาได้แก่ 20 -24 ปี และ 25-29 ปี (ร้อยละ 10.96 และ 8.26 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามช่วงเวลาที่เกิดเหตุจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บของสำนักระบาดวิทยา พบว่า ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดเป็นช่วงเวลา ตั้งแต่ 16.00-20.00 น. โดยช่วงเวลาที่มีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ได้แก่ เวลา 19.00 น. และเมื่อพิจารณาเป็นรายชั่วโมง ร่วมกับอายุ พบว่า ในช่วงอายุ 15-19 จะมีการบาดเจ็บและเสียชีวิตในช่วงเวลา 16.00-20.00 น. มากที่สุด

สำหรับความรุนแรงของกลุ่มผู้บาดเจ็บที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจากเฝ้าระวังการบาดเจ็บของสำนักระบาดวิทยา พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรุนแรงจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 43.18 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 83.45 และ 15.95 ตามลำดับ

1.2 สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behavior situation)

1.2.1 ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) ได้แก่ จำนวนรถที่จดทะเบียนใหม่ และจำนวนรถที่จดทะเบียนสะสมตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ กฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ปริมาณจราจรเฉลี่ย (คัน/วัน) บนทางหลวงในเส้นทางกรุงเทพ-ปริมณฑล และในเส้นทางสายหลัก

ข้อมูลจำนวนรถที่จดทะเบียนใหม่ตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ กฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนรถที่จดทะเบียนใหม่ ทั้งสิ้น 2,872,026 คัน โดยมีจำนวนรถจักรยานยนต์ยนต์ส่วนบุคคล จำนวน 1,914,131 คัน รองลงมา ได้แก่ รถยนต์นั่งส่วนบุคคลไม่เกิน 7 คน จำนวน 552,947 คัน รถยนต์บรรทุกส่วนบุคคล จำนวน 245,437 คัน รถแทรกเตอร์ จำนวน 52,685 คัน รถยนต์นั่งส่วนบุคคลเกิน 7 คน จำนวน 13,134 คัน และรถใช้งานเกษตรกรรม จำนวน 1,080 คัน ตามลำดับ นอกจากนี้ยัง พบว่า รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลมีจำนวนรถเพิ่มขึ้นจากปี 2559 จำนวน 86,999 คัน (อัตราการเปลี่ยนแปลง 4.55)

จำนวนรถที่จดทะเบียนสะสม ปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีจำนวนรถที่จดทะเบียนสะสม รวมทั้งสิ้น 38,308,763 คัน โดยมีจำนวนรถจักรยานยนต์ยนต์ส่วนบุคคล จำนวน 20,501,439 คัน (อัตราการเปลี่ยนแปลง 1.11) รองลงมาได้แก่ รถยนต์นั่งส่วนบุคคลไม่เกิน 7 คน จำนวน 8,740,890 คัน (อัตราการเปลี่ยนแปลง 6.64) รถยนต์บรรทุกส่วนบุคคล จำนวน 6,437,291 คัน (อัตราการเปลี่ยนแปลง 2.54) รถแทรกเตอร์ จำนวน 517,872 คัน (อัตราการเปลี่ยนแปลง 3.14) รถยนต์นั่งส่วนบุคคลเกิน 7 คน จำนวน 425,302 คัน (อัตราการเปลี่ยนแปลง 0.73) และรถใช้งานเกษตรกรรม จำนวน 107,673 คัน (อัตราการเปลี่ยนแปลง 3.35) นอกจากนี้ยังพบว่า ประเภทรถที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ได้แก่ รถยนต์นั่งส่วนบุคคลไม่เกิน 7 คน

ปริมาณจราจรเฉลี่ย (คัน/วัน) บนทางหลวงในเส้นทางกรุงเทพ-ปริมณฑล ปี พ.ศ. 2560 พบว่า รถยนต์ที่นั่ง (ไม่เกิน 7 คน) มีปริมาณจราจรเฉลี่ย จำนวน 3,407,526 คัน รถยนต์นั่ง (เกิน 7 คน) จำนวน 1,685,286 คัน สามล้อเครื่องและจักรยานยนต์ จำนวน 827,089 คัน สำหรับปริมาณจราจรเฉลี่ย (คัน/วัน) บนทางหลวง

ในเส้นทางสายหลัก ปี พ.ศ. 2560 พบว่า รถยนต์นั่ง (ไม่เกิน 7 คน) จำนวน 2,475,406 คัน รถยนต์นั่ง (เกิน 7 คน) จำนวน 1,276,972 คัน สามล้อเครื่องและจักรยานยนต์ จำนวน 549,285 คัน ตามลำดับ

1.2.2 พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behavior) ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัย อัตราการสวมหมวกนิรภัย ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน ปี พ.ศ. 2560 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงสูงสุด คือ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 79.98 ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 24.44 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการไม่สวมหมวกนิรภัยกับช่วงอายุ พบว่า การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปี (คิดเป็นร้อยละ 19.24, 12.95 และ 8.54 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาร่วมกับช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ พบอีกว่า ช่วงเวลาที่เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์มากที่สุด ได้แก่ ช่วงเวลา 16.00-20.00 น. ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนจากฐานข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตายข้างต้นจากการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 ของมูลนิธิไทยโรดส์ พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 43 เฉพาะผู้ขับขี่ คิดเป็นร้อยละ 50 และเฉพาะผู้โดยสาร คิดเป็นร้อยละ 20 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มที่มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 46 กลุ่มวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 18 และเด็กร้อยละ 7 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนและร้อยละของการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากวิเคราะห์ฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บของสำนักระบาดวิทยา นอกจากนี้ยังพบว่า แนวโน้มอัตราการสวมหมวกนิรภัยตามกลุ่มอายุผู้ใหญ่ วัยรุ่น และวัยเด็ก คิดเป็นร้อยละ 46, ร้อยละ 19 และร้อยละ 8 ตามลำดับ ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 กลุ่มวัยรุ่น มีแนวโน้มในการสวมหมวกนิรภัยที่น้อยลง (คิดเป็นร้อยละ 23, ร้อยละ 24, ร้อยละ 22, ร้อยละ 26 และร้อยละ 19 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับการไม่สวมหมวกนิรภัยข้างต้น ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี

2. สถานการณ์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)

แนวโน้มการลดลงของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนยังคงทรงตัวไม่ลดลง ประกอบกับจำนวนยานพาหนะและการสัญจรเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติมโตทางเศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี การดำเนินการในระดับพื้นที่ระดับชุมชน/บุคคลยังมีน้อย ประชาชนและชุมชนยังไม่ตระหนัก โดยพิจารณาปัญหาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) ด้านบุคคล พบว่า ประชาชนยังขาดความตระหนักในความปลอดภัย โดยพิจารณาได้จาก อัตราการสวมหมวกนิรภัยภัยที่ยังน้อย มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังเพิ่มขึ้น การขับรถเร็ว การดื่มแล้วขับ รวมถึงค่านิยมต่างๆ ที่ไม่ปลอดภัย การให้เยาวชนน้อยกว่าอายุ 15 ปี ขับขี่รถจักรยานยนต์ การโดยสารท้ายกระบะรถบรรทุก เป็นต้น

2) ด้านการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี โดยมีความจำเป็นในการแก้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่ การไม่ชำระค่าปรับเชื่อมโยงกับการต่อภาษีประจำปีหรือการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ การตัดคะแนนใบอนุญาตขับรถ การใช้กล้อง CCTV สำหรับตรวจจับการฝ่าสัญญาณไฟจราจร ความเร็ว และการไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นต้น ซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนการแก้กฎหมายที่ต้องใช้ระยะเวลานาน

3) ด้านกลไกการดำเนินงานในระดับพื้นที่ การจัดการปัญหาในระดับอำเภอถือว่ามีความเหมาะสมในการดำเนินงานที่สามารถเข้าถึงระดับชุมชนและท้องถิ่น โดยใช้กลไกผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และเชื่อมโยงการทำงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.ท้องถิ่น) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะอำเภอเสี่ยง มีข้อค้นพบสำคัญ ดังนี้

3.1) ในด้านบุคลากร ยังต้องเพิ่มทักษะการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงรากของปัญหา รวมทั้งการชี้เป้าในระดับท้องถิ่น/ชุมชน และการเชื่องโยงข้อมูลสู่การสร้างมาตรการที่หวังผล เป็นผลให้มาตรการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ไม่ Focus กลุ่มเป้าหมาย และเน้นรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และส่วนใหญ่ไม่ประเมินผลมาตรการ

3.2) ด้านนโยบายและกลไกการทำงาน พบว่า คณะกรรมการ พชอ. มีข้อจำกัดการทำงานหากไม่เชื่อมโยง

กับ ศปถ.อำเภอ โดยเฉพาะเครือข่ายในอำเภอที่มีหน้าที่โดยตรง และมีมุมมองว่าเป็นงานของฝ่ายสาธารณสุข และระดับนโยบายยังไม่ถูกกระตุ้นการทำงานในทิศทางเดียวกันจากหน่วยงานส่วนกลางทำให้เกิดการกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง

3. เหตุการณ์วิกฤติในรอบปี (Event based surveillance)

รายงานเบื้องต้น และรายงานการสอบสวนจากการทบทวนรายงานสอบสวนการบาดเจ็บจากการจราจร ปี พ.ศ. 2560 พบรายงานการบาดเจ็บและเสียชีวิต ทั้งหมด 108 เหตุการณ์ ประเภทรถที่เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ รถยนต์ รถกระบะ รถจักรยานยนต์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของการบาดเจ็บและเสียชีวิต คือ การไม่สวมหมวกนิรภัย การดื่มแอลกอฮอล์

การตอบสนองต่อแผนงานควบคุมโรค (Program response) ได้แก่ สัดส่วนการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน Response time EMS

จากการวิเคราะห์สัดส่วนการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน Response time EMS จากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า มีการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน Response time 8 นาที จำนวน 257,472 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.06 เมื่อพิจารณาการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน Response time รายปี มีแนวโน้มลดลงในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 (คิดเป็นร้อยละ 66.49, 66.04, 63.22, 62.82 และ 61.06 ตามลำดับ)

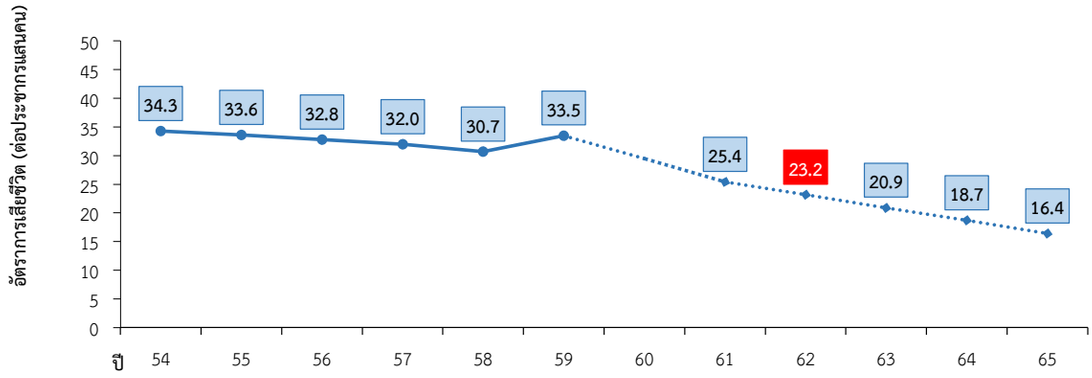
4. ผลการดำเนินงานตามมาตรการ (Program response)

เป้าหมายในการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน

ประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนน คือ การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ไม่เกิน 10 คนต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2563 โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนให้สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศและสอดคล้องเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) โดยหนึ่งในเป้าหมายของ SDGs เป้าหมายที่ 3 คือ การสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และได้กำหนดเรื่องการลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2563

ทั้งนี้ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ได้การพัฒนาข้อมูลการการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศตามมติคณะรัฐมนตรี โดยเรียกกว่า การบูรณาการ ข้อมูล 3 ฐาน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในวางแผนและติดตามประเมินผลการทำงานของประเทศ และได้กำหนดเป้าหมายในแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561-2565 โดยเป้าหมายในระดับประเทศ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16.4 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2565 (ตามร่างแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561-2565)

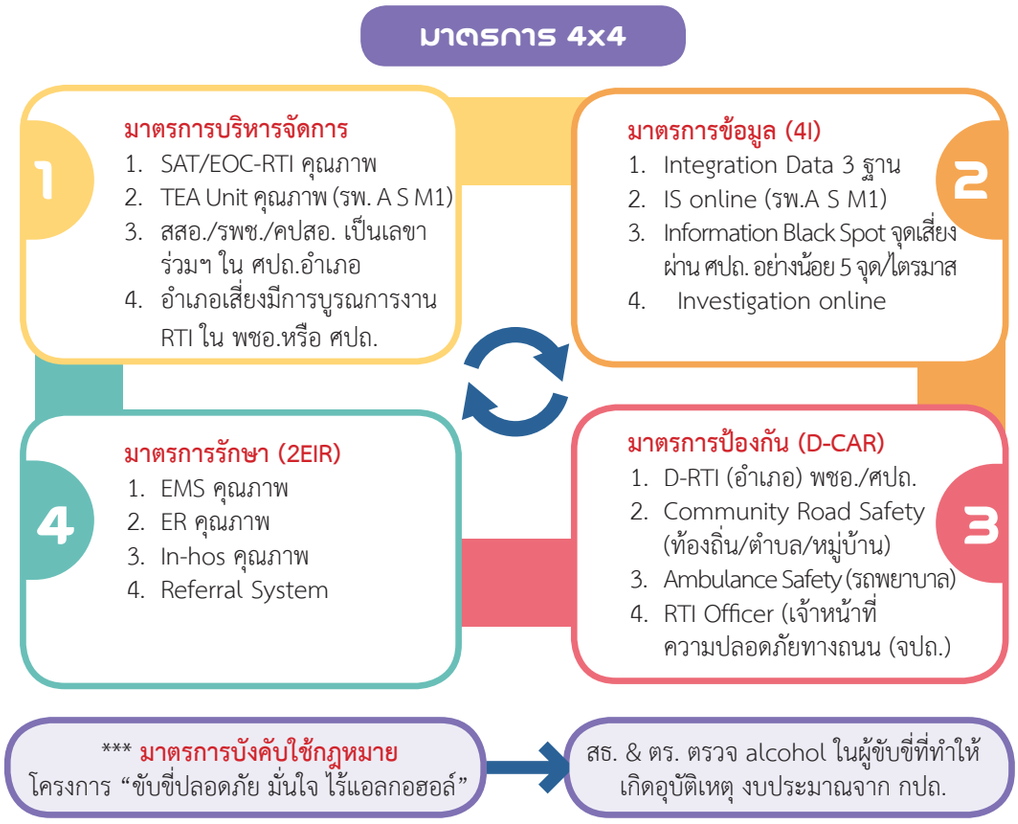
แผนภาพที่ 11 แสดงเป้าหมายการดำเนินงานการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ตามร่างแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561-2565)



แหล่งข้อมูล: การบูรณาการข้อมูลการตาย 3 ฐาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

มาตรการสำคัญในการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

มาตรการระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ใน 4 มาตรการหลัก เรียกว่า มาตรการ 4 X 4 โดยมี 4 มาตรการหลัก ดังนี้ 1) มาตรการการบริหารจัดการ 2) มาตรการการจัดการข้อมูล 3) มาตรการการป้องกัน 4) มาตรการการรักษา



จุดเน้นการดำเนินงานปี พ.ศ. 2561-2565

1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอผ่านกลไก พชอ. และ ศปถ.อำเภอ โดยใช้แนวทาง D-RTI (District Road Traffic Injuries) โดยเน้นหนักดำเนินการในอำเภอเสี่ยงสูง และกำหนดเป้าหมายร่วมกับ ศปถ. เพื่อให้มีทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน

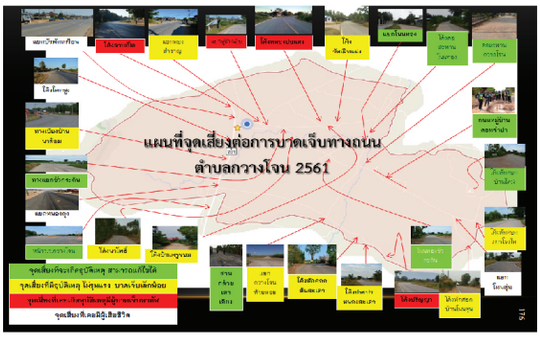
2. โครงการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดในผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และมารักษาตัวในโรงพยาบาลทุกแห่ง ในช่วงปกติตลอดปี ร่วมกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรมการขนส่งทางบก ซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณค่าตรวจจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.)

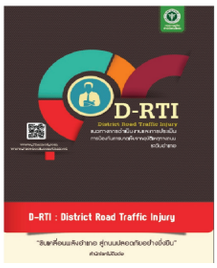
3. เร่งรัดการจัดการข้อมูลในระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและประเมินผล ได้แก่ การบูรณาการข้อมูล 3 ฐานในระดับจังหวัด และการใช้ระบบ IS Online (A, S, M1)

มาตรการและผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road traffic Injury: D-RTI) สำนักโรคไม่ติดต่อ ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 และได้พัฒนาให้สอดคล้องกับแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบว่า มีอำเภอที่ดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) มีอำเภอที่ดำเนินการรวมทั้งสิ้น 696 อำเภอ เป็นไปตามตามเป้าหมาย (322 อำเภอ) คิดเป็นร้อยละ 79.27 ของอำเภอทั่วประเทศ และผลการประเมินเบื้องต้นจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 มีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีขึ้นไป จำนวน 549 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 78.77 ของอำเภอที่ดำเนินการ D-RTI ทั้งหมด แบ่งเป็น ระดับดี 309 อำเภอ (ร้อยละ 56.28) ระดับดีมาก 104 อำเภอ (ร้อยละ 18.94) และระดับดีเยี่ยม 136 อำเภอ (ร้อยละ 24.77)

จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานได้เป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 67 จังหวัด จากจำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด อำเภอที่มีผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จำนวน 6 จังหวัด และจังหวัดที่ไม่ขอรับการประเมิน จำนวน 3 จังหวัด และมีอำเภอที่ขอรับการประเมินยืนยันคุณภาพการทำงานและผลการดำเนินงาน ทั้งหมด 136 อำเภอ (มากกว่าปี พ.ศ. 2560 มีจำนวน 54 อำเภอ) ซึ่งอยู่ในระหว่าง สำนักโรคไม่ติดต่อร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับประเทศลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเตรียมการจัดเวทีเสริมพลังและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานของอำเภอ D-RTI





การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

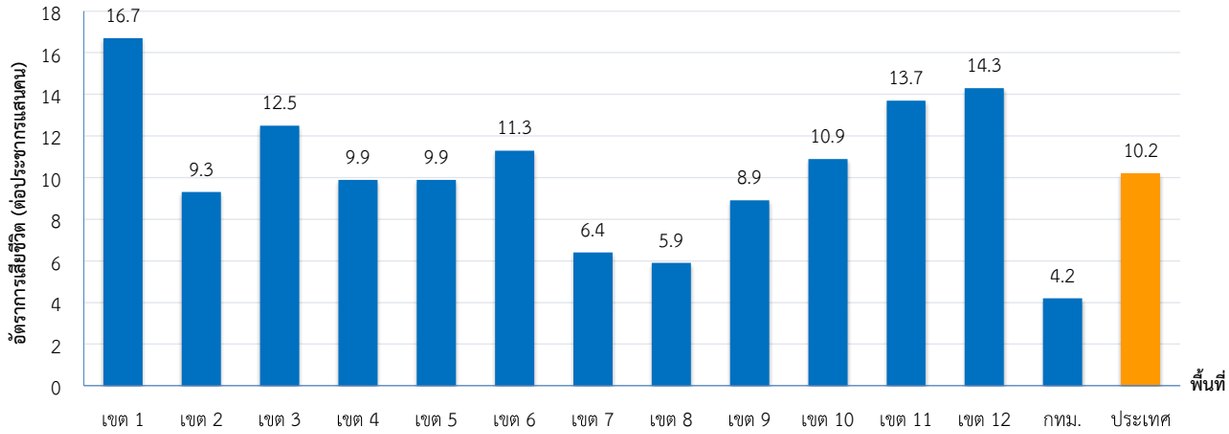
1) ผลักดันประเด็นเรื่องการสร้างความปลอดภัยสำหรับจักรยานยนต์ให้เกิดความชัดเจนขึ้น ภายใต้แผนงานความปลอดภัยทางถนนของประเทศ และของกรมควบคุมโรค รวมทั้งผลักดันให้ระดับพื้นที่วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำประเด็นสำคัญนี้ด้วย

2) สนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูลความสูญเสียจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มเสี่ยง และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัย และชี้ให้เห็นถึงผลที่ได้รับจากการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์

1. สถานการณ์ป่วย/ตาย (Morbidity/mortality)

อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จากข้อมูลมรณบัตร ในภาพรวมประเทศ ข้อมูลปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 10.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และเมื่อจำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1 รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12, 11, 3, 6 และ 10 ตามลำดับ ดังแสดงแผนภาพที่ 12

แผนภาพที่ 12 อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนจากการพลัดตกหกล้มของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามรายเขต



แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560. ข้อมูล ณ วันที่ 6 ธันวาคม 2561

วิเคราะห์ : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า 1 ใน 3 หรือมากกว่า 3 ล้านคนของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่หกล้มได้รับบาดเจ็บ และยังพบว่าผู้สูงอายุหกล้มได้รับบาดเจ็บรุนแรง จนกระดูกสะโพกหัก คิดเป็นร้อยละ 0.4 ผู้สูงอายุเพศหญิงพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.6 เท่า ส่วนใหญ่จะหกล้มนอกบริเวณบ้านทั้งเพศชายและหญิง และเมื่อพิจารณาตามช่วงเวลาที่เกิดเหตุจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บของสำนักระบาดวิทยาพบว่า ช่วงเวลาที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเป็นช่วงเวลา ตั้งแต่ 06.00-19.00 น. ซึ่งมีการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือเวลา 17.00-18.00 น. ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลจาก 12 สถานบริการสาธารณสุขที่รายงานข้อมูลเกี่ยวกับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม พบว่า อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด ได้แก่ ไหล่ แขน ข้อศอก และมือ รองลงมา ได้แก่ ศีรษะ คอ เข่า ปลายขา ข้อเท้า และเท้า คิดเป็นร้อยละ 28.9, 28.8 และ 22.7 ตามลำดับ

รายงานและการศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2556-2560 มีจำนวนผู้สูงอายุขอรับบริการ EMS เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเกิดจากสาเหตุการพลัดตกหกล้มเฉลี่ย 50,000 ครั้ง/ปี หรือ 6 ครั้ง/ชั่วโมง ทั้งนี้จากข้อมูลโครงการป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มโดยสถานบริการสาธารณสุขรวม 12 แห่ง ในปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมารับบริการ (ผู้ป่วยนอก) จากการบาดเจ็บด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้ม (W00-W19) จำนวน 4,444 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีก่อน ขณะที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีจำนวน 1,403 คน คิดเป็นร้อยละ 4.3 และยังพบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปป่วยนอนติดเตียงจากทุกสาเหตุและพลัดตกหกล้ม

ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ติดเตียงจากการพลัดตกหกล้ม จำนวน 331 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 ซึ่งจากการวิเคราะห์สัดส่วนการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน Response time EMS จำแนกตามอาการนำสำคัญ คือ พลัดตกหกล้ม/อุบัติเหตุ พบว่า มีการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน Response time 8 นาที ตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน ได้แก่ ฉุกเฉินวิกฤต (แดง) จำนวน 3,109 คน ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง) จำนวน 37,190 คน และฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว) จำนวน 32,159 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาการดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน Response time รายปี พบว่ามีแนวโน้มลดลง

2. สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง

จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งทั่วโลกและประเทศไทยโดยปัจจุบันมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 15 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากร จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความเสื่อมตามวัย ทำให้มีปัญหาการบาดเจ็บที่สำคัญคือการพลัดตกหกล้ม ซึ่งการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการลื่น สะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกันมากถึงร้อยละ 66 แต่มีเพียงร้อยละ 5.6 เกิดจากการตกหรือล้มจากบันไดและขั้นบันได และสถานที่พลัดตกหกล้มพบว่า มากถึงร้อยละ 65 ทั้งเพศชายและเพศหญิงหกล้มนอกบริเวณบ้าน โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ มีประวัติการพลัดตกหกล้ม อายุการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุ เพศ การทรงตัวบกพร่อง การมองเห็นบกพร่อง การรับประทานยา 4 ชนิดขึ้นไป หรือรับประทาน ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาขับปัสสาวะ ยาที่ออกฤทธิ์ทางระบบประสาท (sedatives or antipsychotics) และการอยู่บ้านยกพื้นหรือต้องใช้บันไดในการขึ้นลงทุกวัน รวมถึงพื้นภายในบ้านต่างระดับ ไม่เรียบ แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ พื้นห้องน้ำลื่น ไม่มีราวจับ การสวมใส่รองเท้าที่พื้นไม่มีดอกยาง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

3. สถานการณ์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)

สถิติจำนวนประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากรรวมทั้งหมดประมาณ 65.5 ล้านคน ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 11.3 ล้านคน เมื่อทำการเปรียบเทียบสัดส่วนประชากรใน 10 ปี พบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย พ.ศ. 2551-2560 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 3.4 ล้านคน คาดประมาณว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อคิดสัดส่วนของผู้สูงอายุในโครงสร้างประชากรแล้ว การเพิ่มสูงขึ้นของผู้สูงอายุทุกๆ ปี เป็นปัจจัยที่ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังพบปัจจัยสิ่งแวดล้อม ภูมิทัศน์ของเมืองเกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งพื้นที่สาธารณะภายนอกที่อยู่อาศัยและภายในบ้าน ขาดการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อตอบสนองความต้องการ สิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

4. ผลการดำเนินงานตามมาตรการ (Program response)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ในสถานบริการสาธารณสุขจำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วย รพ.หลวงพ่อเปิ่น อ.นครชัยศรี รพศ.นครปฐม จ.นครปฐม รพ.กบินทร์บุรี รพ.ศรีมหาโพธิ รพ.นาดี รพ.ประจันตคาม จ.ปราจีนบุรี รพ.ท่าอุเทน จ.นครพนม รพ.สต.บ้านแมด อ.เมือง รพ.โคกศรีสุพรรณ จ.สกลนคร รพ.สต.ไม้แดง อ.เมือง รพ.สมเด็จพระยุพราชฉวาง รพศ.มหาราชนครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 5 ราชบุรี สคร. 6 ชลบุรี สคร. 8 อุดรธานี และสคร. 11 นครศรีธรรมราช ทั้งนี้ได้ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2560-2561 ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

รพช. & รพ.สต.

1. Background & Rational

กิจกรรม

- เฝ้าระวังและคัดกรอง (12 โรค, ADL, ประเมินความเสี่ยง Falls) พร้อมรวบรวม วิเคราะห์ และคืนข้อมูลสู่ชุมชน
- จัดทำโครงการโดยของบจาก Cup (PPA) และงบ อปท. (กองทุน)
- จัดทำชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุ หลักสูตร 12 Wks สร้างทีมวิทยากร สร้างหลักสูตร มีการประเมินก่อน-หลังเรียน

ผู้รับผิดชอบ

- เวชปฏิบัติ
- กายภาพบำบัด
- รพ.สต.

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- อำเภอ
- อปท. , อบต.
- ผู้นำชุมชน, อสม., จิตอาสา, อื่นๆ

2. Aim & Objective

2.1 มีความรู้ความเข้าใจในเครื่องมือ
2.2 กิจกรรมในภาพรวมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
2.3 มีการประเมินผลโครงการ
2.4 ตำบลจัดการสุขภาพ
2.5 โรงเรียนต้นแบบ, โรงเรียนผู้สูงอายุ

3. Concepts & View

3.1 สร้างทีมงาน ภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3.2 ผลักดันให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเข้าระบบ พชอ. DHB
3.3 ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองและการสร้างการมีส่วนร่วม
3.4 3 P (Purpose Process Performance)
3.5 มีครู ก, ข, ค

4. Process

สร้างทีมวิทยากรให้เข้มแข็งยั่งยืนและต่อเนื่องด้วยการคัดกรองและรวบรวมข้อมูลและใช้ตำบลจัดการสุขภาพเป็นเครื่องมือและขยายผลให้ครอบคลุม

5. Result

5.1 มีโรงเรียนต้นแบบและนักเรียนมีความพึงพอใจ
5.2 มีทีมที่มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานและใช้เครื่องมือเดียวกัน
5.3 มีตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์และกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแล

6. Key Success Factor

6.1 ผู้สูงอายุ/ญาติ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวัง/ลดจุดเสี่ยงในบ้าน
6.2 กำหนดให้เป็นนโยบายของจังหวัด ตำบลที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัด
6.3 ความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม
6.4 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆ เช่น อบต., อบจ., รร., วัด, และเอกชน

7. Lesson Learned

7.1 ปัญหา
- กิจกรรมขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย
- ผู้นำไม่ให้ความสำคัญ
- การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในบางพื้นที่ยังไม่ชัดเจนยังไม่เป็นระบบ
- ขาดวิทยากร นักกายภาพบำบัดในการให้ความรู้

7.2 วิธีแก้ไข
- บรรจุเป็นแผน พชอ./จังหวัด
- สร้างครู ก, ข, ค

8. Specific Actionable Recommendation: SARs

8.1 มีการเก็บข้อมูลการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มโดยทีมนักกายภาพบำบัดและทีม
8.2 ชุมชนจัดทำหลักสูตรและจัดอบรมวิทยากรด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และจัดทำสื่อ เครื่องมือ และคู่มือต่างๆ
8.3 กำหนดให้เป็นนโยบายและผลักดันให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.)
8.4 จัดให้มีคลินิกป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข
8.5 กำหนดเป็นนโยบายจังหวัด เน้นให้มีกิจกรรมในคลินิกและชมรมผู้สูงอายุ เป็นรูปธรรม

ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการ

รพศ. & รพท.

1. Background & Rational

ประเด็นสำคัญ

1. สมองเสื่อม
2. ติดบ้าน
3. ติดเตียง

บทบาทการดูแล

- **เชิงรุก**
  - เวชกรรม/OPD/NCD clinic วิเคราะห์ข้อมูล คืนข้อมูล
  - ผู้สูงอายุในชุมชน
    - อยู่ตามลำพัง
    - ไม่เข้ารับการรักษา
    - มีการคัดกรอง 100%
    - ปรับเปลี่ยนสถานที่เยี่ยมบ้าน
- **เชิงรับ วิเคราะห์ข้อมูล**

IPD - วางแผนการทำงาน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ
- ผู้สูงอายุบาดเจ็บ (50% Fx.Hip หกล้มในบ้านมากกว่านอกบ้าน)

OPD ผู้สูงอายุมากขึ้น การพลัดตกหกล้มมากขึ้น

สังคมผู้สูงอายุ 15.5 %

2. Aim & Objective

2.1 การคัดกรองมีความครอบคลุม
2.2 ลดการพลัดตกหกล้มรายใหม่
2.3 ลดการหกล้มซ้ำ
2.4 มีรูปแบบการทำงานที่สอดคล้องกับบริบท
2.5 สร้างเครือข่ายการทำงาน

3. Concepts & View

3.1 การทำงานเป็นทีม
3.2 การมีส่วนร่วม
3.3 การสร้างและพัฒนาเครือข่าย
3.4 การสร้างความรู้
3.5 การสร้างแรงจูงใจ
3.6 การดูแลตนเอง
3.7 การส่งเสริมสุขภาพ
3.8 ระบบการดูแลระยะยาว (LTC)

4. Process

4.1 เชิงรุก
4.2 เชิงรับ
4.3 ระบบ IT

5. Result

5.1 มีคณะทำงานที่ชัดเจน
5.2 มีการคัดกรองผู้สูงอายุ 100%
5.3 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Fx. Hip
5.4 มีภาคีเครือข่าย (รพ.สต. อปท. ชุมชน) ในการดูแลผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม
5.5 มีการ feed back ข้อมูล และขยายเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ
5.6 ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มลดลง ภาระงานลดลง การ refer ไป รพ.แม่ข่ายลดลง ค่าใช้จ่าย รพ.ลดลง
5.7 ผู้สูงอายุมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

6. Key Success Factor

6.1 ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
6.2 ความชัดเจนของนโยบายและตัวชี้วัด
6.3 ระบบ IT ที่มีประสิทธิภาพ
6.4 ผู้นำให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน

7. Lesson Learned

7.1 ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น
7.2 ความไม่ครอบคลุมในการทำงาน : ผู้สูงอายุมากขึ้น
7.3 งบประมาณ แหล่งทุนสนับสนุนไม่เพียงพอ
7.4 ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานประจำมากขึ้น
7.5 มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือท้องถิ่น

8. Specific Actionable Recommendation: SARs

8.1 ภาคีเครือข่าย เช่น รพ.สต. เทศบาล อบต. เข้ามามีส่วนร่วม
8.2 พัฒนาระบบ IT ที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย เข้าถึงง่าย
8.3 พัฒนาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม
8.4 พัฒนาสื่อการให้ความรู้

การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีผู้สูงอายุมารับบริการ ญาติหรือผู้ดูแล เป็นสัดส่วนจำนวนมาก อาจจะมาด้วยสาเหตุของการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และอื่นๆ ซึ่งก็เป็นเป้าหมายในการให้บริการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง ข้อแนะนำในการป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับทีมสหสาขา เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในอนาคต รวมถึงการส่งต่อข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มไปยังเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกของสถานบริการสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับกิจกรรม การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตลอดจนการสร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุกลุ่ม Caregiver และ Care manager เป็นต้น พบว่าสถานบริการที่ดำเนินงานครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย มีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการด้วยสาเหตุพลัดตกหกล้มลดลง ไม่มีผู้สูงอายุหกล้มซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

(1) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. (ออนไลน์). (2561). [วันที่สืบค้น 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/th/know/2/147

(2) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ระดับพื้นที่เขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

(3) นงนุช วงศ์สว่าง และคณะ. 2560. ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

(4) นิพา ศรีช้าง และลวิตรา กำวี. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564.(ออนไลน์). [วันที่สืบค้น 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.thaincd.com ระบบสถิติการลงทะเบียน. กรมการปกครอง. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด (ออนไลน์). [วันที่สืบค้น 3 ธันวาคม 2561]

(5) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คลังข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน. (ออนไลน์). [วันที่สืบค้น 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://report.niems.go.th/niemsdwh/portal_link.html

(6) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด. (ออนไลน์). (2561). [วันที่สืบค้น 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.boeeoc.moph.go.th/.

(7) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. (ออนไลน์). (2561). [วันที่สืบค้น 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.thaincd.com

(8) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บ โดยสถานบริการสาธารณสุข. (ออนไลน์). (2561). [วันที่สืบค้น 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.thaincd.com

(9) ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรไทยในอนาคต.(ออนไลน์). (2561). [วันที่สืบค้น 3 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/annualconference/conferenceii/article/article02.htm

(10) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Global age-friendly cities: A Guide). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.

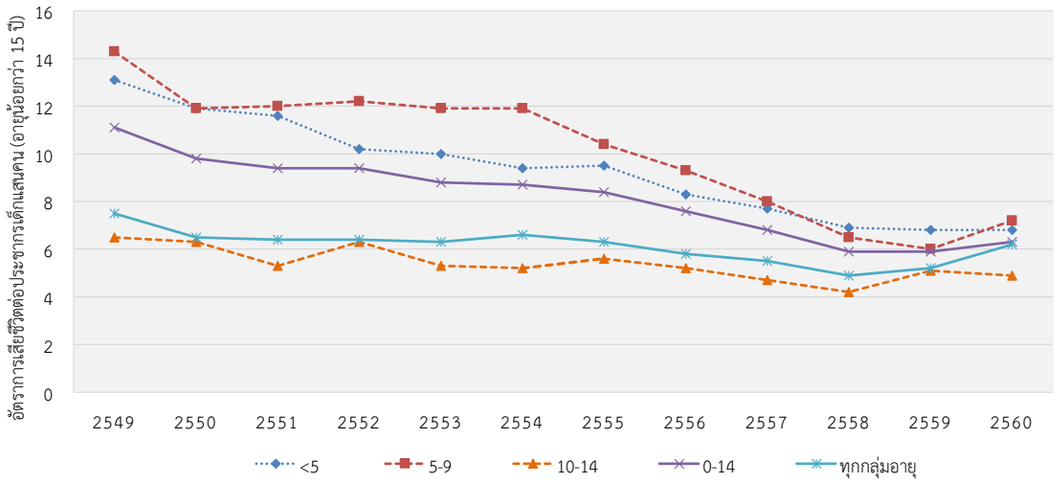
สถานการณ์เสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในประเทศไทย ปี 2561

จากรายงานการจมน้ำระดับโลก (Global Report on Drowning) ขององค์การอนามัยโลก[1] พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 รองจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) และเอดส์ (HIV) ในขณะที่ประเทศไทยการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 1 ซึ่งมากกว่าทุกสาเหตุ ซึ่งในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบการรายงานมีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำจำนวน 9,574 ราย (เฉลี่ย 334 คน/ปี บางปี 456 คน/ปี)[2]

1. สถานการณ์ป่วย/ตาย (Morbidity/mortality)

เมื่อพิจารณาดูแนวโน้มการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (ตามรอบปีปฏิทิน พ.ศ. 2549-พ.ศ. 2558) พบว่าอัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นผลจากการทำมาตรการป้องกันด้านต่างๆ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2549 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กกลุ่มอายุ 5-9 ปี ที่พบอัตราการเสียชีวิต ลดลงอย่างชัดเจนจนถึง ปี พ.ศ. 2559 อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2559 และ 2560 พบอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 7.3 ต่อประชากรแสนคน (285 ราย) และ 7.0 ต่อประชากรแสนคน (247 ราย) ตามลำดับ (แผนภาพที่ 13)

แผนภาพที่ 13 อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549-2560 จำแนกรายกลุ่มอายุ



แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

วิเคราะห์: กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

สำหรับสถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2559 พบจำนวนเด็กเสียชีวิตทั้งหมด 717 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอัตราส่วนการเสียชีวิตเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 2.1 และช่วงเดือนที่พบจำนวนเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุดอยู่ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเดือนพฤษภาคมเป็นเดือนที่พบจำนวนเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงฤดูร้อนและปิดภาคการศึกษา

เมื่อพิจารณาการเสียชีวิตรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 9 มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด เท่ากับ 7.96 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 8 อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 7.71 และอัตราการเสียชีวิตต่ำสุดคือเขตสุขภาพที่ 13 อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 2.58 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดที่พบจำนวนและอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 32 ราย อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 7.05 ต่อประชากรแสนคน[3] จากข้อมูลอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พบสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นภาคที่มีจำนวนประชากรสูงที่สุดและมีจำนวนแหล่งน้ำจากการสำรวจสูงเช่นเดียวกัน จึงเป็นไปได้ที่จะมีโอกาสพบอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

2. สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behavior situation)

จากการสำรวจของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2558 โดยศึกษาพฤติกรรมการใช้เสื้อชูชีพในประเทศไทย พบการสวมเสื้อชูชีพที่ถูกต้องในทุกกลุ่มอายุร้อยละ 4.2 ในขณะที่ในกลุ่มเด็กจะมีการสวมเสื้อชูชีพที่ถูกต้องร้อยละ 6.0[4] นอกจากนั้นพฤติกรรมการช่วยเหลือตัวเองในขณะลงเล่นน้ำยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยชีวิตให้รอดจากการจมน้ำ ซึ่งพบว่าในเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี มีทักษะการว่ายน้ำเป็นร้อยละ 23.7 และทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดได้ ซึ่งรวมถึงการมีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ทักษะการเอาชีวิตรอด และทักษะการช่วยเหลือ พบร้อยละ 4.4[5]

3. สถานการณ์ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตหรือก่อให้เกิดการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีพบว่าปัจจัยหนึ่งมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งน้ำในชุมชนหรือบริเวณใกล้เคียงที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ง่าย จากรายงานการสำรวจของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในประเทศไทย [6] พบว่า บ่อน้ำตื้นเอกชนเป็นแหล่งน้ำที่มีจำนวนสูงที่สุด เท่ากับ 245,180 จำนวน คิดเป็นร้อยละ 29.71 ของจำนวนบ่อน้ำทั้งหมดที่ได้รับการสำรวจ รองลงมาคือ บ่อบาดาลเอกชน 152,955 จำนวน และบ่อบาดาลสาธารณะ 151,876 จำนวน คิดเป็นร้อยละ 18.54 และ 18.41 ตามลำดับ ในขณะที่แหล่งน้ำประเภทห้วย หนอง คลอง บึง การสำรวจอยู่ที่ร้อยละ 13.69 และแหล่งน้ำประเภทคลองชลประทาน ร้อยละ 1.44 ซึ่งแหล่งน้ำสองประเภทหลังน่าจะเป็นแหล่งน้ำที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์การจมน้ำได้มากที่สุด โดยจะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนแหล่งน้ำที่ได้จากการสำรวจสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.67 นอกจากนั้น ปัจจัยทางด้านบุคคล เช่น อายุน้อย ความไม่แข็งแรง ของร่างกาย หรือการขาดทักษะการว่ายน้ำและการเอาตัวรอด ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเสียชีวิตจากการจมน้ำได้เช่นเดียวกัน

4. เหตุการณ์วิกฤติในรอบปี (Event based surveillance)

จากรายงานการแจ้งข่าวจมน้ำจากเวบไซต์ตรวจสอบข่าวการระบาด สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีรายงานเหตุการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำในพื้นที่ทั้ง 12 เขตสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2561 จำนวน 33 เหตุการณ์ พบผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 72 ราย แต่ละเหตุการณ์เป็นการลงเล่นน้ำอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป โดยจากรายงาน เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี พบรายงานการเสียชีวิตจำนวน 56 ราย เป็นสัญชาติไทย 53 ราย (ร้อยละ 94.6) สัญชาติพม่า 1 ราย และไม่มีสัญชาติ 2 ราย สำหรับการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทยต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 53 ราย เมื่อแบ่งกลุ่มอายุ จากรายงานพบการเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 60.4) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 34) และกลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 5.7) และเดือนที่มีการรายเหตุการณ์เสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุดได้แก่ เดือนเมษายนและเดือนมีนาคมซึ่งเป็นเดือนที่เริ่มมีการปิดภาคเรียนและเป็นฤดูร้อน โดยเป็นไปตามแนวโน้มสถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำตลอดระยะเวลา 10 ปี

และประเภทของแหล่งน้ำที่มีการรายงานเหตุการณ์ส่วนใหญ่จะเป็นคลอง บ่อน้ำ หรือสระน้ำสาธารณะที่อยู่ในชุมชน ยกเว้นในเขตสุขภาพที่ 11 และ12 ที่มีการรายงานเหตุการณ์จมน้ำในทะเล อย่างไรก็ตาม สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากการเล่นน้ำ แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดการสร้างรั้วรอบแหล่งน้ำเสี่ยง การติดป้ายคำเตือนบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง และการจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำไว้บริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง และ 2) ด้านส่วนบุคคล ได้แก่ ทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ทักษะการช่วยเหลือคนจมน้ำ และการว่ายน้ำเป็นเป็นต้น โดยพบว่าจากเหตุการณ์ที่มีการรายงาน ผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำขาดทักษะในการเอาชีวิตรอดและว่ายน้ำไม่เป็น นอกจากนั้นยังพบการช่วยชีวิตคนจมน้ำโดยไม่มีความรู้ จึงเป็นสาเหตุให้เด็กเสียชีวิตทั้งคู่ หรือหากเป็นผู้ใหญ่พบว่าหมดแรงและไม่สามารถช่วยชีวิตเด็กได้ จึงคาดว่าจะเป็นสาเหตุหลักที่ยังคงทำให้พบการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กไทยทุกปี

5. ผลการดำเนินงานตามมาตรการ (Program response)

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ

การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยในแต่ละปีมีเด็กจมน้ำเสียชีวิตเฉลี่ย 957 คน [7] ทั้งนี้เพื่อแก้เป็นการปัญหาดังกล่าว สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงได้เริ่มดำเนินมาตรการป้องกันการจมน้ำมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2549 อย่างไรก็ตาม เพื่อเป็นการแก้ปัญหาการเลือกดำเนินงานป้องกันการจมน้ำเพียงมาตรการเดียวในพื้นที่ (เนื่องจากไม่ช่วยในการป้องกันการจมน้ำมากนักเพราะเด็กแต่ละช่วงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน) ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงได้กำหนดกลยุทธ์ “การสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker)” ขึ้น[8] ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่จะกระตุ้นให้พื้นที่เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำแบบสหสาขา ต่อเนื่อง และครอบคลุมในทุกมาตรการ รวมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่

ทั้งนี้ภายใต้กลยุทธ์นี้ จะเป็นการดำเนินงานเพื่อป้องกันการจมน้ำที่ครอบคุลมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและทั้งในเด็กเล็กและเด็กโต เพราะผู้ก่อการดีฯ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ นโยบาย การบริหารจัดการ สถานการณ์และข้อมูล การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้ความรู้ การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ที่ได้แนะนำไว้เมื่อปี ค.ศ. 2017[9] สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ได้มีการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการประเมิน โดยเปลี่ยนจากการมีเพียงขั้นประเมินรับรองโดยทีมประเมินส่วนกลาง ไปเป็น 1) ขั้นประเมินรับรองที่ดำเนินการรับรองโดยทีมประเมินระดับเขต และ 2) ขั้นประกวดที่ดำเนินการตัดสินโดยทีมประเมินส่วนกลาง

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ที่เกิดขึ้นใหม่ จำนวน 1,307 ทีม ครอบคลุม 444 อำเภอ ใน 69 จังหวัด แบ่งเป็นทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำที่ได้รับการรับรองระดับทอง จำนวน 41 ทีม ระดับเงิน จำนวน 77 ทีม และระดับทองแดง จำนวน 1,189 ทีม สำหรับทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ที่ผ่านการประกวดระดับประเทศ จำนวน 10 ทีม ประกอบด้วยชนะเลิศระดับทอง จำนวน 6 ทีม ได้แก่ 1) ทีมผู้ก่อการดีเมืองประวัติศาสตร์ จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) ทีมรวมพลังสามัคคี ก่อการดีละอุ่น จังหวัดระนอง 3) ทีมผู้ก่อการดีเมืองร้อยเกาะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 4) ทีมผู้ก่อการดีอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ 5) ทีมผู้ก่อการดีตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และ 6) ทีมผู้ก่อการดีศรีบ้านจารย์ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ชนะเลิศระดับเงิน จำนวน 4 ทีม ได้แก่ 1) ทีมผู้ก่อการดีองค์การบริหารส่วนตำบลปะเคียบ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 2) ทีมผู้ก่อการดีตำบลกระชอน อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา 3) ทีมผู้ก่อการดีเทศบาลนครภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต และ 4) ทีมผู้ก่อการดีมูลนิธิกู้ภัยร่มไทรสตูล อำเภอเมืองสตูล จังหวัดสตูล [10]

จากผลการดำเนินงานของทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ทั้งหมด ส่งผลให้เกิดการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวน 5,157 แห่ง มีการดำเนินงานสร้างรั้วหรือติดป้ายคำเตือนและจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำไว้บริเวณแหล่งน้ำเสี่ยงเพื่อป้องกันการจมน้ำ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน

4,362 แห่ง มีการให้ความรู้แก่ครู/ผู้ดูแลเด็ก/เด็กทุกคน รวมทั้งจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกศูนย์ฯ สถานบริการสาธารณสุข จำนวน 4,362 แห่งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำแก่ประชาชนและเด็กในพื้นที่ พื้นที่มีวิทยากรเพื่อสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 8,715 คน เด็กอายุ 6-14 ปี ได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 186,600 คน คนในชุมชนหรือเด็กได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) จำนวน 93,300 คน มีกิจกรรมรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำเกิดขึ้น จำนวน 118 ครั้ง มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ จำนวน 4,521 ครั้ง และมีผลการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล จำนวน 118 เรื่อง[10]

เวทีสัมมนา Merit Maker...Drown No More "สานพลังผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ"

นอกจากการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานมาตรการผู้ก่อการดี (Merit Maker) แล้ว สำนักโรคไม่ติดต่อยังจัดเวทีสัมมนา Merit Maker...Drown No More "สานพลังผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ" เพื่อมอบโล่รางวัล และเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งในปีนี้สำนักโรคไม่ติดต่อยังได้เชิญผู้เชี่ยวชาญเรื่องการป้องกันการจมน้ำระดับโลกมาบรรยายในประเด็นที่สำคัญให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมฟัง จำนวน 2 ท่าน ได้แก่ Dr. David Meddings (World Health Organization (Geneva): WHO) และ Mr. Justin Scarr (Chief Executive Officer, The Royal Life Saving Society Australia) โดยมีผู้เข้าร่วมงานเวทีสัมมนา จำนวน 678 คน จาก 342 หน่วยงาน ใน 77 จังหวัด ซึ่งมาจากหน่วยงานสาธารณสุข (ร้อยละ 39.53) ภาคท้องถิ่น (ร้อยละ 33.33) ภาคการศึกษา หน่วยงานภาคเอกชน นักวิชาการ จิตอาสา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่[11]

กิจกรรมเวทีสัมมนา Merit Maker...Drown No More "สานพลังผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ"

กิจกรรมการประกวดคลิปวิดีโอ การป้องกันการจมน้ำ ในกิจกรรมวันรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำ ปี พ.ศ. 2561

สำนักโรคไม่ติดต่อ ดำเนินการจัดกิจกรรมการประกวดคลิปวิดีโอ การป้องกันการจมน้ำ ในกิจกรรมวันรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำ ปี พ.ศ. 2561 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-5 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยมี Theme คือ บ้านเริ่ม ชุมชนร่วม: พื้นที่เล่นปลอดภัย เด็กไม่จมน้ำในประเด็น การส่งเสริมการใช้คอกกั้นเด็ก (Playpen)

เปิดรับสมัครตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยมีผู้สนใจส่งผลงานเข้าร่วมประกวด จำนวน 16 ผลงาน และผ่านการตัดสินเกณฑ์เบื้องต้น โดยคณะกรรมการ จำนวน 14 ผลงาน หลังจากนั้นผลงานทั้ง 14 ผลงานจะถูกอัพโหลดทาง social media ได้แก่ Facebook และ Youtube เพื่อให้ประชาชนทั่วไปเข้าร่วมโหวต

จากการตัดสินของคณะกรรมการและคะแนนโหวตจากประชาชนทั่วไปพบว่า มีผู้ชนะการประกวดทั้งหมด 5 ผลงาน ประกอบด้วยรางวัลชนะเลิศ ได้แก่ ผลงานชื่อ ก้มหน้า Mobile.จากทีม สวนน้ำ Play port จังหวัดอุดรธานี รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ได้แก่ผลงานชื่อ จุดเสี่ยง จากทีม Rocky Team จังหวัดสมุทรปราการ รองชนะเลิศอันดับ 2 ได้แก่ ผลงานชื่อ บ้านเริ่มชุมชนร่วม Possible Team จากทีม Possible จังหวัดยโสธร รางวัลชมเชยมีจำนวน 2 รางวัล ได้แก่ ผลงานชื่อ คอกกั้นเด็ก By Bonass จากทีมตัวแอ๊งๆ จังหวัดลพบุรี และผลงานชื่อ playpen motion graphic พื้นที่เล่นปลอดภัยเด็กไม่จมน้ำ จากทีมกบกั้นคอก จังหวัดขอนแก่น

กิจกรรมการประกวดคลิปวิดีโอ การป้องกันการจมน้ำ ในกิจกรรมวันรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำ ปี พ.ศ. 2561

กิจกรรมแชะ & แชร์ ประจำปี 2561

สำนักโรคไม่ติดต่อ ดำเนินการจัดกิจกรรมแชะ&แชร์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นช่วงเดือนที่มีการเกิดเหตุการจมน้ำสูง เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ กระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองรับรู้ปัญหา ตระหนัก และร่วมกันดำเนินการป้องกัน โดยมีการจัดกิจกรรมแชะ & แชร์ ในประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) การใช้คอกกั้นเด็ก 2) CPR 3) การใช้เสื้อชูชีพ และ 4) ป้องกันการจมน้ำในเด็กเล็ก

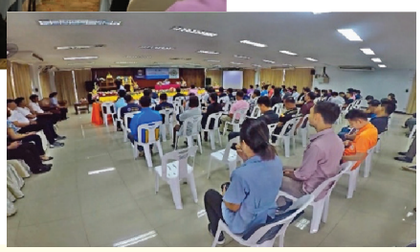
จัดกิจกรรมแชะ&แชร์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2561

อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเป็นวิทยากรตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ปี พ.ศ. 2561

สำนักโรคไม่ติดต่อ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเป็นวิทยากรตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ปี พ.ศ. 2561 จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ในการเป็นวิทยากรตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำให้กับเครือข่าย โดยแบ่งการอบรมเป็น 3 รุ่น ได้แก่

- รุ่นที่ 1: วันที่ 15-17 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ณ โรงแรมเรือนแพ รอยัล ปาร์ค จังหวัดพิษณุโลก
- รุ่นที่ 2: วันที่ 22-24 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ณ โรงเรียนกีฬาจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
- รุ่นที่ 3: ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม ถึง 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ณ สนามกีฬาจังหวัดลพบุรี

รวมทั้ง 3 รุ่นมีจำนวนผู้เข้ารับการอบรมจำนวนทั้งสิ้น 236 คน จาก 12 จังหวัด และ 4 เครือข่าย ประกอบด้วยหน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัคร/มูลนิธิต่างๆ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเป็นวิทยากรตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ปี พ.ศ. 2561



จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเป็นวิทยากร ตามหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ปี พ.ศ. 2561

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการผลักดันให้เด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดครอบคลุมทุกคน โดยควรเป็นหลักสูตรภาคบังคับในระบบการศึกษา

2. ควรส่งเสริม/สนับสนุนให้ทุกครัวเรือนที่มีเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีการใช้คอกกั้นเด็ก/พื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen)

3. ควรมีมาตรการเชิงกฎหมายมาบังคับ ในการอนุญาตให้มีการขุดแหล่งน้ำสาธารณะ

4. ให้มีการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างและให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน โดยเน้นหนักในช่วงก่อนปิดภาคการศึกษา ภาคฤดูร้อน

5. ควรส่งเสริม/สนับสนุน/สร้างแรงจูงใจให้ภาคีเครือข่ายภาคท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันเด็กจมน้ำในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

(1) World Health Organization. The Global Report on Drowning. Available from: http://www.lifesaving.bc.ca/sites/default/files/WHO_Report_on_Drowning_-_November_17_2014.pdf [2018 Dec 5].

(2) ส้ม เอกเฉลิมเกียรติ. ทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก. ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.

(3) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2560 [ไฟล์ข้อมูล]. กรุงเทพมหานคร: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

(4) สุชาดา เกิดมงคลการ, ส้ม เอกเฉลิมเกียรติ และกิ่งกาญจน์ จงสุขไกล. การสำรวจการใช้เสื้อชูชีพในประเทศไทย. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558.

(5) สุชาดา เกิดมงคลการ, ส้ม เอกเฉลิมเกียรติ, กิ่งกาญจน์ จงสุขไกล และคณะ. ความสามารถในการว่ายน้ำเป็นและว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดของเด็กไทย. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556.

(6) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. ระบบข้อมูลกลางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น_โครงสร้างพื้นและสาธารณูปโภค [ส่งออกไฟล์ข้อมูล]. Retrieved from http://info.dla.go.th/public/structureInfo.do?random=1544066704990 [2018 Dec 5].

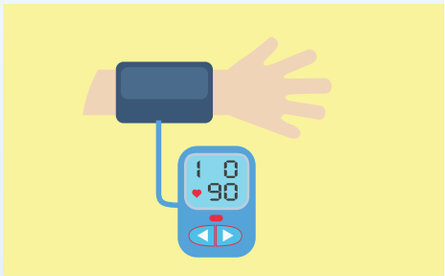
(7) สุชาดา เกิดมงคลการ. จำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ พ.ศ. 2546-2559 [เอกสารไม่ตีพิมพ์]. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560.

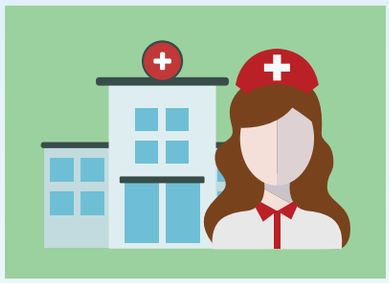
(8) แนวทางประเมินผู้ก่อการดี (Merit Maker) การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (ฉบับปรับปรุง). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2560.

(9) Preventing drowning: an implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

(10) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ก้าว 3...ผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ (Merit Maker...Drown No More). ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท รำไทยเพรส จำกัด; 2561.

(11) กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป สำนักโรคไม่ติดต่อ. เวทีสัมมนา Merit Maker...Drown No More "สานพลังผู้ก่อการดี ป้องกันการจมน้ำ" ปี 2561 [เอกสารไม่ตีพิมพ์], 2561.





ส่วนที่ 5

ทิศทางการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ระยะประมาณ พ.ศ. 2562

ประเทศไทยภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ให้ความสำคัญกับวาระการปฏิรูปประเทศและการทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาว เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระดับประเทศครั้งใหญ่ในทุกมิติ โดยได้บรรจุในทุกประเด็นการปฏิรูปประเทศไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป้าหมายให้ประเทศชาติมีความสงบเรียบร้อยมีความสามัคคีปรองดองมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง และมีความสมดุลระหว่างการพัฒนาด้านวัตถุกับการพัฒนาด้านจิตใจ สังคมมีความสงบสุข เป็นธรรม และมีโอกาสอันทัดเทียมกันเพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำ และประชาชนมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข โดยมียุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ซึ่งสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศใช้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถือเป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ภายในช่วงเวลาดังกล่าว เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 6 ด้าน ได้แก่ (1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง (2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน (3) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ (4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม (5) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และ (6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ

กรมควบคุมโรคเล็งเห็นความสำคัญของการปฏิรูประบบราชการและการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาว จึงได้จัดให้มีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2560-2579 ขึ้นด้วยการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ เอกสาร งานวิจัย บทความทางวิชาการกฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้อง การรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง ผู้บริหารกรมควบคุมโรคและผู้เชี่ยวชาญจากภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สำคัญของยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรค บริบทและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนลักษณะสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ โดยอาศัยกรอบสมรรถนะการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal : SDG) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข แผนยกระดับความมั่นคงและความเป็นเลิศของประเทศ พ.ศ. 2559-2563 แผนปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาดตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2558

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. (2561-2580) ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนานโยบาย มาตรการและบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและการพัฒนาความร่วมมือ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนากำลังคนด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ที่มา : ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. (2560-2579) กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2560

ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่สำคัญของยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (พ.ศ. 2558-2573) กรอบแนวคิดการพัฒนาประเทศไปสู่ประเทศไทย 4.0 นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. 2558-2564) นโยบายของรัฐบาล และแผนแม่บทอื่นๆ รวมทั้งได้น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร พระราชทานให้ประชาชนคนไทยมาเป็นแนวทางในการจัดทำยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ โดยคำนึงถึงหลักความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันที่ดี เพื่อขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาลให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม และให้ประเทศมีความมั่นคง ประชาชนมีความมั่งคั่ง อย่างยั่งยืน ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง

2) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

3) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน

4) ยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการเติบโตจากภายใน

5) ยุทธศาสตร์ด้านการจัดการน้ำและสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

6) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ และรายการค่าดำเนินการภาครัฐ โดยกรมควบคุมโรคเกี่ยวข้องใน 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 2, 3, 5 และ 6

จุดเน้นการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2562 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ

จุดเน้นหรือโครงการติดดาว มีจำนวน 2 โครงการ คือ 1. โครงการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) และ 2. โครงการโรงพยาบาล เค็มน้อย อร่อย (3) ดี ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จุดเน้นและเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2562 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ

โครงการ	ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 62	หมายเหตุ
1. โครงการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI)	ร้อยละของอำเภอที่มีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (D-RTI) ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดีมาก (Excellent) มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง	เป้าหมาย ≥ 70% ของจำนวนอำเภอเสี่ยงสูงมากและเสี่ยงสูงผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดีมาก (100) อำเภอ	อำเภอเสี่ยงสูงมากและเสี่ยงสูงปี 2562 มีจำนวน 283 อำเภอ
2. โครงการโรงพยาบาล เค็มน้อย อร่อย (3) ดี	ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (3) ดี	ร้อยละ 100	-

โครงการภายใต้แผนปฏิบัติราชการ
ของสำนักโรคไม่ติดต่อ งบประมาณ พ.ศ. 2562

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สำนักโรคไม่ติดต่อได้จัดทำคำของบประมาณครั้งแรก ทั้งสิ้น 29,947,500 บาท จำนวน 21 โครงการ แบ่งตามกลุ่มงานที่รับผิดชอบ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 โครงการภายใต้แผนปฏิบัติราชการของสำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

โครงการตามคำของบประมาณ พ.ศ. 2562	งบประมาณ (บาท)
รวม 21 โครงการ	**29,947,500**
กลุ่มบริหารทั่วไปจำนวน 1 โครงการ	
1. โครงการบริหารทรัพยากรสำนักโรคไม่ติดต่อ (ผ.1.1)	840,300
กลุ่มพัฒนาองค์กร จำนวน 1 โครงการ	
1. โครงการบริหารจัดการองค์กรแนวใหม่ได้มาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (ผ.1.1)	562,800
กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล จำนวน 2 โครงการ	
1. โครงการสนับสนุนขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (ผ.2.2)	725,600
2. โครงการพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคีในการติดตามประเมินผลการป้องกันโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในกลุ่มวัยทำงาน (ผ.14.4)	346,850
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ จำนวน 6 โครงการ	
1. โครงการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (3) ดี (โครงการติดดาว) (ผ.2.2)	172,800
2. โครงการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) ปี พ.ศ. 2562 (ผ.2.2)	1,635,900
3. โครงการศึกษาประสิทธิภาพมาตรการเพื่อการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคไตเรื้อรัง (ผ.14.4)	1,078,850
4. โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพ การดำเนินงานเพื่อลดโรค CVD CKD สำหรับเจ้าหน้าที่ในระดับ รพ.สต. (ผ.14.4)	1,060,000
5. โครงการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี พ.ศ. 2562 (ผ.14.4)	3,079,000
6. โครงการพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการตามรูปแบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ผ.14.4)	2,499,000

โครงการตามคำของบประมาณ พ.ศ. 2562	งบประมาณ (บาท)
กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร จำนวน 2 โครงการ	
1. โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอฯ (D-RTI) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (โครงการติดดาว) (ผ.2.2)	1,561,100
2. โครงการป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (ผ.14.4)	3,160,000
กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป จำนวน 4 โครงการ	
1. โครงการป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุและการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ (ผ.2.2)	1,277,900
2. โครงการป้องกันการบาดเจ็บจากความรุนแรง (ผ.2.2)	217,800
3. โครงการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (ผ.2.2)	363,000
4. โครงการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำเชิงบูรณาการปี 2562 (ผ.14.4)	2,712,500
กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบาดวิทยาจำนวน 5 โครงการ	
1. โครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2562 (ผ.2.2)	5,766,650
2. โครงการอบรมการใช้ประโยชน์ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (ผ.2.2)	435,600
3. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บตามกรอบ 5 มิติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (ผ.2.2)	1,987,100
4. โครงการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานด้านการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในภูมิภาค ASEAN (ผ.2.2)	230,750
5. โครงการศึกษาและออกแบบเพื่อจัดทำระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการสำนักโรคไม่ติดต่อ (ผ.2.2)	234,000

ภาคผนวก ก

ปฏิทินรณรงค์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ สำนักโรคไม่ติดต่อประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

วัน เดือน ปี	กิจกรรม
29 ตุลาคม 2561	รณรงค์วันอัมพาตโลก (My stroke sapped my energy But not my passion)
2 พฤศจิกายน 2561	World conference on Injury Prevention and Safety Promotion (SAFETY 2018) FIELD TRIP: MERIT MAKER-THAI NATIONAL DROWNING PREVENTION STRATEGY
14 พฤศจิกายน 2561	รณรงค์วันเบาหวานโลก (The Family and Diabetes)
25 พฤศจิกายน – 10 ธันวาคม 2561	รณรงค์ยุติความรุนแรง
27 ธันวาคม 2561 – 2 มกราคม 2562	รณรงค์ “ขับขี่ปลอดภัย” เทศกาลปีใหม่ 2562
1 กุมภาพันธ์ 2562	เวทีสัมมนา : MERIT MAKER – Drown No More
2 มีนาคม 2562	รณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำ วันเสาร์แรกของเดือนมีนาคม
14 มีนาคม 2562	รณรงค์วันไตโลก (World kidney Day)
11-17 เมษายน 2562	รณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์
17 พฤษภาคม 2562	รณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก
23 พฤษภาคม 2562	รณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
29 กันยายน 2562	รณรงค์วันหัวใจโลก

- **เบอร์โทรศัพท์ภายในสำนักโรคไม่ติดต่อ**

กลุ่มงาน	เบอร์โทรศัพท์	เบอร์โทรสาร
กลุ่มบริหารทั่วไป	0 2590 3893	0 2590 3893
กลุ่มพัฒนาองค์กร	0 2590 3870	0 2590 3893
กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล	0 2590 3887	0 2590 3893
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	0 2590 3867	0 2590 3893
กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร	0 2590 3889	0 2590 3893
กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป	0 2590 3888	0 2590 3893
กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ	0 2590 3869	0 2590 3893
กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา	0 2590 3892	0 2590 3893

- **รายนามผู้เรียบเรียง**

หัวข้อ	ผู้เรียบเรียง
● นโยบายด้านสาธารณสุข	กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล
● วิสัยทัศน์ อำนาจหน้าที่ พันธกิจ และค่านิยมของสำนักโรคไม่ติดต่อ	กลุ่มพัฒนาองค์กร
● คณะผู้บริหารสำนักโรคไม่ติดต่อ ● โครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง	นางสาวศศภัสส์ โกมล กลุ่มบริหารทั่วไป
● การดำเนินงาน Healthy Work Place	นางสาวกัญชลี ศรีสุรางค์ กลุ่มบริหารทั่วไป
● การปรับโครงสร้างองค์กร	นางนิตยา พันธุเวทย์ กลุ่มพัฒนาองค์กร
● ความร่วมมือระหว่างประเทศ	นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในประเทศและระหว่างประเทศ
● การดำเนินงานพัฒนาองค์กร	กลุ่มพัฒนาองค์กร
● ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข	นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล
● สรุปผลการตรวจประเมินตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ	นางสาวปิยนุช จันทร์อักษร กลุ่มพัฒนาองค์กร
● สรุปผลการรายงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	นายจิรพงศ์ เหมะพุกกะ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล
● ผลการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภายใต้แผนปฏิบัติราชการกรมควบคุมโรค	นายจิรพงศ์ เหมะพุกกะ นางสาวณัฐกฤตา บริบูรณ์ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล
● การป้องกันการเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ	นายปัญญ์ จันทร์พาณิชย์ กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร
● ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ	นางสุชาดา เกิดมงคลการ นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป
● การเยี่ยมติดตามการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยคณะทำงานระหว่างหน่วยงานสหประชาชาติ	นางสาวธิดารัตน์ อภิญญา นางสาวนูรุลฮูดา เบ็ญซอและ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ
● การขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)	นางสาวสุพัณณา เจริญกุล กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล
● ยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย	นางสาวธิดารัตน์ อภิญญา นางสาวขนิษฐา ศรีสวัสดิ์ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

หัวข้อ	ผู้เรียบเรียง
• สรุปโครงการและการใช้จ่ายเงินงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อ	นางสาวกัญชลี ศรีสุรางค์ นางสาวพัชชวีร์ ธัญเลิศศิริ กลุ่มบริหารทั่วไป
• การเฝ้าระวังโรค 5 มิติ : การเฝ้าระวังป้องกันโรคไม่ติดต่อ	นางสาวคุณกัญญ์ศศิ พิมพขันธ์ กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา นางสาวเบญจมาศ วังนุราช นางสาวฐาปนี ชูเชิด นางเพชราภรณ์ วุฒิวงศ์ชัย นางสาวเพียงใจ ทองวรรณดี นางสาวรักนิรันดร์ เครือประเสริฐ นางสาวอลิสรา อยู่เลิศลบ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ
• การเฝ้าระวัง 5 มิติ : การเฝ้าระวังป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	นางสาววันวิสา สรีระศาสตร์ กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา นายปัญญ์ จันทร์พาณิชย์ กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร
• การเฝ้าระวังโรค 5 มิติ : การเฝ้าระวังป้องกันเด็กจมน้ำ และการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	นางสาวคุณกัญญ์ศศิ พิมพขันธ์ นางสาววันวิสา สรีระศาสตร์ กลุ่มเทคโนโลยี สารสนเทศและระบาดวิทยา นางสุชาดา เกิดมงคลการ นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ นางสาวนิพา ศรีช้าง กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บทั่วไป
• ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค งบประมาณ พ.ศ. 2562	นางนันท์นภัส ภูมิถาวร กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล
• แผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	นายจิรพงศ์ เหมะพุกกะ กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล

ภาคผนวก ข

ข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ

ตารางที่ 7 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ

	2556 (B.C.)				2557 (B.C.)				2558 (B.C.)				2559 (B.C.)				2560 (B.C.)			
โรคหลอดเลือดสมอง I60-I69	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)
ประเทศ	23,222	35.9	35.8	52.7	25,114	38.7	37.6	52.0	28,145	43.3	40.9	50.8	31,685	48.7	45.3	50.4	31172	47.8	44.6	50.9
กรุงเทพมหานคร	2,531	44.6	42.1	53.1	2,704	47.5	44.8	53.3	2,752	48.7	46.0	53.6	3,175	56.7	51.3	51.5	3022	54.1	51.1	53.9
เขตสุขภาพที่ 1	2,148	37.7	35.3	52.0	2,255	39.5	36.4	51.6	2,847	50.6	44.0	49.2	2,848	51.3	45.7	50.9	2839	51.0	44.1	49.6
เขตสุขภาพที่ 2	1,372	39.9	41.9	54.1	1,464	42.4	43.4	55.3	1,583	45.9	44.5	52.7	1,798	52.2	48.3	50.6	1847	53.6	47.7	48.9
เขตสุขภาพที่ 3	1,802	59.8	48.3	44.0	1,831	60.8	50.5	45.4	1,886	62.7	52.2	45.9	1,966	65.5	55.6	47.2	1749	58.4	49.9	47.6
เขตสุขภาพที่ 4	2,352	45.9	47.4	56.8	2,446	47.3	46.9	54.9	2,592	49.8	50.2	56.2	3,216	61.4	56.6	51.6	2853	54.1	53.5	55.6
เขตสุขภาพที่ 5	1,881	36.8	36.5	52.6	2,076	40.3	40.6	53.9	2,231	43.4	42.2	52.4	2,724	53.2	48.8	49.8	2590	50.4	46.0	49.8
เขตสุขภาพที่ 6	2,402	42.0	44.4	56.4	2,622	45.2	47.2	55.8	2,840	48.5	48.4	53.7	3,343	56.6	55.4	53.0	3301	55.4	55.6	54.6
เขตสุขภาพที่ 7	1,539	30.6	30.5	54.5	1,681	33.4	31.7	52.2	1,939	38.4	36.8	53.1	2,009	39.8	37.7	52.8	2026	40.1	37.0	51.7
เขตสุขภาพที่ 8	1,167	21.3	23.7	59.0	1,331	24.2	25.9	57.3	1,917	34.8	35.2	54.8	1,832	33.2	35.1	57.8	1916	34.7	33.4	52.9
เขตสุขภาพที่ 9	2,164	32.3	32.8	53.4	2,285	34.0	33.8	52.6	2,868	42.6	39.2	49.2	2,934	43.5	41.6	51.6	3073	45.5	41.7	49.7
เขตสุขภาพที่ 10	1,325	29.1	29.2	52.0	1,246	27.3	25.7	49.4	1,491	32.6	29.9	48.6	1,604	35.0	32.3	49.4	1653	36.0	33.6	50.3
เขตสุขภาพที่ 11	1,370	31.8	28.7	45.1	1,598	36.8	31.9	43.6	1,732	39.7	31.6	40.4	2,001	45.7	37.0	41.5	2019	45.9	38.2	42.9
เขตสุขภาพที่ 12	1,169	24.4	26.7	50.0	1,575	32.6	32.6	46.0	2,026	41.7	39.3	43.9	2,235	45.7	43.4	44.7	2284	46.5	48.4	49.4

ตารางที่ 8 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ

	2556 (B.C.)				2557 (B.C.)				2558 (B.C.)				2559 (B.C.)				2560 (B.C.)			
โรคหัวใจขาดเลือด I20-I25	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)
ประเทศ	17,393	26.9	25.2	49.6	18,079	27.8	25.9	49.6	19,417	29.9	27.8	50.1	21,008	32.3	30.2	50.8	20745	31.8	29.8	51.1
กรุงเทพมหานคร	2,100	37.0	34.5	52.5	2,214	38.9	34.3	49.8	2,327	41.2	37.2	51.2	2,738	48.9	44.2	51.5	2591	46.4	43.4	53.5
เขตสุขภาพที่ 1	1,515	26.6	23.8	49.8	1,527	26.8	23.7	49.6	1,742	30.9	29.7	54.3	1,927	34.7	29.1	47.9	1824	32.8	27.8	48.7
เขตสุขภาพที่ 2	874	25.4	22.9	46.5	934	27.1	23.4	46.6	1,053	30.5	27.8	49.6	1,062	30.9	26.8	47.5	1013	29.4	25.2	47.1
เขตสุขภาพที่ 3	1,115	37.0	27.9	41.0	1,089	36.1	26.5	40.1	1,081	35.9	28.2	43.2	1,134	37.8	32.8	48.2	999	33.4	28.2	47.1
เขตสุขภาพที่ 4	2,171	42.4	36.7	47.6	2,197	42.5	40.5	52.8	2,236	42.9	39.3	51.0	2,419	46.2	43.1	52.2	2271	43.0	40.7	53.1
เขตสุขภาพที่ 5	1,476	28.9	27.4	50.3	1,625	31.6	29.0	49.0	1,754	34.1	31.2	49.3	1,892	37.0	35.1	51.5	1935	37.7	34.4	49.9
เขตสุขภาพที่ 6	1,651	28.8	28.2	52.2	1,684	29.0	28.6	52.7	1,845	31.5	30.6	52.4	1,967	33.3	32.6	52.9	2022	33.9	34.0	54.6
เขตสุขภาพที่ 7	899	17.9	17.3	52.8	916	18.2	17.5	53.1	1,015	20.1	19.3	53.2	1,078	21.3	20.7	54.0	1121	22.2	22.0	55.5
เขตสุขภาพที่ 8	891	16.3	17.3	56.6	853	15.5	15.4	53.3	700	12.7	12.7	54.3	1,073	19.5	19.0	53.4	1088	19.7	18.4	51.4
เขตสุขภาพที่ 9	1,186	17.7	17.2	51.2	1,255	18.7	17.1	48.4	1,427	21.2	18.6	47.0	1,386	20.6	18.5	48.4	1493	22.1	19.6	48.0
เขตสุขภาพที่ 10	925	20.3	18.7	47.8	985	21.6	18.6	45.3	967	21.1	18.6	46.7	1,014	22.1	20.7	50.2	1072	23.3	20.7	47.8
เขตสุขภาพที่ 11	1,368	31.7	28.9	45.4	1,493	34.4	33.3	48.7	1,056	24.2	22.4	47.0	1,728	39.5	37.2	48.3	1663	37.8	36.7	50.1
เขตสุขภาพที่ 12	1,222	25.5	28.5	51.0	1,307	27.1	30.6	52.0	1,498	30.8	35.1	53.0	1,590	32.5	36.1	52.2	1653	33.6	36.8	51.8

ตารางที่ 9 อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (E10-E15) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ

	2556 (B.C.)				2557 (B.C.)				2558 (B.C.)				2559 (B.C.)				2560 (B.C.)			
โรคเบาหวาน E10-E14	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)
ประเทศ	9,703	15.0	15.3	53.9	11,389	17.5	16.6	50.5	12,620	19.4	17.8	49.4	14,487	22.3	20.6	50.3	14,322	22.0	20.0	49.7
กรุงเทพมหานคร	667	11.7	9.2	44.2	625	11.0	9.1	46.9	565	10.0	7.6	43.4	919	16.4	11.7	40.5	796	14.2	10.9	43.8
เขตสุขภาพที่ 1	487	8.6	9.3	60.6	869	15.2	14.2	52.1	1,006	17.9	15.0	47.4	1,095	19.7	16.6	48.1	1,032	18.6	15.4	47.5
เขตสุขภาพที่ 2	405	11.8	11.1	48.6	469	13.6	11.9	47.3	424	12.3	11.4	50.5	619	18.0	14.5	44.1	550	16.0	12.6	43.5
เขตสุขภาพที่ 3	399	13.2	12.6	51.6	328	10.9	7.9	39.6	436	14.5	12.1	45.9	563	18.8	16.7	49.6	576	19.2	17.1	49.7
เขตสุขภาพที่ 4	490	9.6	8.5	49.0	674	13.0	11.8	50.0	724	13.9	11.7	47.0	1,046	20.0	16.5	46.3	866	16.4	13.3	45.6
เขตสุขภาพที่ 5	485	9.5	10.1	56.7	662	12.9	10.7	44.6	848	16.5	14.0	45.8	1,056	20.6	17.8	46.9	999	19.4	17.0	47.6
เขตสุขภาพที่ 6	657	11.5	10.4	48.1	724	12.5	10.1	43.4	819	14.0	12.1	46.8	1,111	18.8	17.1	49.3	1,152	19.3	16.3	45.8
เขตสุขภาพที่ 7	1,923	38.3	36.6	52.4	2,062	40.9	38.4	51.7	2,047	40.6	37.3	50.9	1,973	39.0	35.9	51.2	2,060	40.7	38.6	53.0
เขตสุขภาพที่ 8	1,311	24.0	28.6	63.5	1,674	30.5	32.4	57.0	1,107	20.1	20.8	56.1	1,761	32.0	33.9	58.0	1,712	31.0	31.1	55.1
เขตสุขภาพที่ 9	965	14.4	15.1	55.1	1,123	16.7	15.9	50.2	1,250	18.6	16.7	48.1	1,246	18.5	18.3	53.5	1,436	21.3	19.2	49.0
เขตสุขภาพที่ 10	1,096	24.1	23.5	50.6	961	21.1	20.6	51.4	1,217	26.6	25.1	50.1	1,210	26.4	25.3	51.2	1,314	28.6	26.5	49.9
เขตสุขภาพที่ 11	385	8.9	8.9	49.6	471	10.8	9.9	46.1	541	12.4	9.3	38.3	689	15.7	14.4	46.7	661	15.0	13.3	45.8
เขตสุขภาพที่ 12	433	9.1	13.1	66.1	747	15.5	18.8	55.8	1,003	20.6	23.6	53.2	1,199	24.5	28.8	55.3	1,168	23.8	27.9	55.7

ตารางที่ 10 อัตราการเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง (I10-I15) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ

	2556 (B.C.)				2557 (B.C.)				2558 (B.C.)				2559 (B.C.)				2560 (B.C.)			
ภาวะความดันโลหิตสูง I10-I15	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)
ประเทศ	5,185	8.0	5.2	34.5	7,115	11.0	6.6	32.2	7,886	12.1	7.1	31.5	7,930	12.2	7.4	33.0	8525	13.1	7.5	31.4
กรุงเทพมหานคร	309	5.4	4.1	42.4	277	4.9	3.6	41.5	302	5.3	3.1	33.1	409	7.3	4.2	33.0	319	5.7	4.1	40.8
เขตสุขภาพที่ 1	572	10.0	4.5	25.0	1,075	18.8	9.0	26.7	1,282	22.8	10.7	26.7	1,199	21.6	10.0	26.4	1,232	22.2	10.0	25.8
เขตสุขภาพที่ 2	396	11.5	6.6	29.5	448	13.0	7.1	29.7	393	11.4	6.5	31.0	543	15.8	8.6	29.7	586	17.0	8.4	27.1
เขตสุขภาพที่ 3	403	13.4	6.6	27.0	377	12.5	6.6	28.9	417	13.9	6.1	24.2	497	16.6	9.3	31.2	529	17.7	10.0	31.6
เขตสุขภาพที่ 4	377	7.4	5.4	40.6	571	11.0	6.6	32.9	504	9.7	6.2	35.7	559	10.7	7.2	37.7	559	10.6	7.0	37.2
เขตสุขภาพที่ 5	380	7.4	5.3	37.9	564	11.0	6.8	33.2	757	14.7	9.0	33.0	782	15.3	9.8	34.8	759	14.8	9.5	35.0
เขตสุขภาพที่ 6	494	8.6	6.4	39.3	571	9.8	5.9	32.2	572	9.8	6.7	36.9	578	9.8	6.9	38.4	640	10.7	6.8	34.4
เขตสุขภาพที่ 7	429	8.5	5.5	35.0	450	8.9	6.0	37.1	441	8.7	5.4	34.2	383	7.6	4.6	33.9	462	9.1	5.3	32.3
เขตสุขภาพที่ 8	292	5.3	4.2	41.8	471	8.6	6.4	40.1	245	4.5	3.0	36.3	435	7.9	6.3	43.9	457	8.3	4.8	32.2
เขตสุขภาพที่ 9	378	5.6	3.8	35.2	607	9.0	5.4	31.5	522	7.8	4.9	33.7	452	6.7	3.8	30.5	722	10.7	5.1	25.6
เขตสุขภาพที่ 10	491	10.8	5.7	27.3	410	9.0	4.9	28.5	534	11.7	5.6	25.3	422	9.2	4.8	28.0	560	12.2	6.6	29.1
เขตสุขภาพที่ 11	272	6.3	3.3	25.7	412	9.5	4.8	25.2	476	10.9	5.0	23.3	518	11.8	6.1	26.4	453	10.3	4.8	24.3
เขตสุขภาพที่ 12	392	8.2	8.7	48.7	882	18.3	14.4	36.3	1,229	25.3	19.9	36.5	1,153	23.6	18.6	37.0	1,247	25.4	19.5	36.5

ตารางที่ 11 อัตราการเสียชีวิตจากโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (J40-J44) ต่อแสนประชากร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำแนกรายเขตสุขภาพ

	2556 (B.C.)				2557 (B.C.)				2558 (B.C.)				2559 (B.C.)				2560 (B.C.)			
โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง J40-J44	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)	number of death	Cause specific Mortality rate	Premature mortality rate (30-69 years)	Proportion of aged 30-69 year deaths (%)
ประเทศ	5,633	8.7	4.3	26.2	5,830	9.0	4.2	25.0	6,394	9.8	4.5	24.2	7,421	11.4	5.2	24.6	6,762	10.4	4.6	24.0
กรุงเทพมหานคร	325	5.7	2.3	22.2	302	5.3	2.6	27.8	346	6.1	2.1	19.1	440	7.9	3.2	23.2	317	5.7	2.6	25.9
เขตสุขภาพที่ 1	1,518	26.7	10.8	22.5	1,850	32.4	13.1	22.6	1,780	31.6	12.7	22.7	1,930	34.7	12.9	21.1	1,701	30.6	11.1	20.8
เขตสุขภาพที่ 2	374	10.9	5.7	27.0	359	10.4	5.3	27.6	370	10.7	4.2	21.1	448	13.0	6.6	27.9	425	12.3	5.0	22.4
เขตสุขภาพที่ 3	435	14.4	7.1	26.7	375	12.4	5.3	23.2	355	11.8	5.4	25.4	471	15.7	7.2	25.5	353	11.8	5.3	24.9
เขตสุขภาพที่ 4	365	7.1	4.0	31.0	357	6.9	3.1	24.6	456	8.8	3.9	25.0	577	11.0	4.9	25.1	471	8.9	4.5	28.2
เขตสุขภาพที่ 5	411	8.0	4.2	28.0	395	7.7	3.6	25.3	482	9.4	3.9	22.4	599	11.7	5.3	24.4	537	10.4	4.5	23.5
เขตสุขภาพที่ 6	479	8.4	4.0	25.5	484	8.3	3.7	23.6	560	9.6	4.5	25.4	672	11.4	5.3	25.0	635	10.6	4.3	21.7
เขตสุขภาพที่ 7	309	6.2	3.8	34.0	284	5.6	2.8	27.5	289	5.7	2.5	24.6	313	6.2	3.2	28.4	295	5.8	2.8	26.8
เขตสุขภาพที่ 8	195	3.6	2.0	30.3	197	3.6	2.2	32.5	164	3.0	1.3	24.4	258	4.7	2.9	34.1	301	5.4	3.0	30.6
เขตสุขภาพที่ 9	333	5.0	2.9	30.6	334	5.0	2.6	27.8	454	6.7	3.8	30.2	498	7.4	3.3	24.3	473	7.0	3.7	28.3
เขตสุขภาพที่ 10	271	6.0	3.3	29.2	230	5.0	2.5	25.7	312	6.8	3.2	25.0	292	6.4	3.4	28.8	295	6.4	2.9	24.7
เขตสุขภาพที่ 11	374	8.7	3.6	20.9	415	9.6	4.5	23.6	395	9.0	4.4	24.6	476	10.9	4.9	23.1	429	9.7	4.0	21.0
เขตสุขภาพที่ 12	244	5.1	3.2	28.7	248	5.1	3.4	30.2	350	7.2	4.6	29.7	447	9.1	5.2	26.8	530	10.8	6.1	26.8

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561
วิเคราะห์: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข